

# Jornadas sobre Rol Avanzado en Enfermería

Editores

Cristina G. Vivar

Ma Carmen Portillo

María Arantzamendi

Cristina Oroviogoicochea



Universidad  
de Navarra

Facultad de Enfermería



JORNADAS SOBRE ROL  
AVANZADO EN ENFERMERÍA



## **Editoras**

Cristina G. Vivar

Mari Carmen Portillo

María Arantzamendi

Cristina Oroviogoicoechea

**Universidad de Navarra  
Facultad de Enfermería**

## **Jornadas sobre Rol Avanzado en Enfermería**

Pamplona, del 21 al 22 de octubre de 2010

Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra

© Editoras: Vivar CG, Portillo MC, Arantzamendi M, Oroviogoicoechea C.

Diseño: Área de Comunicación (T. 948 15 06 85)

1ª edición, 2010.

Editado por la Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra

Impreso en España.

ISBN: 84-8081-205-2

## PRÓLOGO

No quiero adelantarme a lo que se hablará aquí durante estos dos días pero sí que me gustaría señalar algunos aspectos por lo que pienso que es relevante hablar hoy de nuevos perfiles profesionales.

En primer lugar, es evidente para todos la complejidad y la riqueza de nuestra práctica profesional. Hoy no solo es necesario un conocimiento cabal del objeto de nuestra disciplina: el cuidado a la persona, sino que además, es importante que existan profesionales preparados para influir positivamente en los contextos de la práctica, de forma que los criterios que dirijan y muevan las instituciones no obstaculicen, sino todo lo contrario, promuevan un cuidado acorde a la dignidad de las personas. Para ello es necesario aportar evidencias, resultados que demuestren la importancia y la efectividad de las intervenciones enfermeras.

Por otra parte, los avances científicos y los cambios sociales, entre otros, están propiciando la aparición de nuevas situaciones que demandan solución y que nos hacen cuestionarnos aspectos de la práctica actual. Hay que descubrir estos nuevos retos y abordarlos. Un ejemplo es el del aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población. La atención a personas mayores dependientes o con enfermedades crónicas y el rol de la familia en esa atención es un área importante a explorar. ¿Cómo está afectando a estas familias la presencia de una persona dependiente? ¿Qué necesidades surgen? ¿Qué tipo de intervenciones son las más adecuadas?

Estamos hablando de la necesidad de tener profesionales preparados para responder a nuevas situaciones, para cuestionarse la práctica actual y mejorarla a través de la investigación, para crear nuevo conocimiento de Enfermería, y para mejorar e innovar los cuidados y los servicios de salud más allá de los límites de la práctica tradicional. Se trataría, por tanto, de profesionales que actúen como agentes de cambio ayudando a mejorar no solo el cuidado de sus pacientes sino también la práctica del lugar en el que están, impulsando a los profesionales de Enfermería o de otras disciplinas con los que trabajan.

La Facultad de Enfermería y la Clínica de la Universidad de Navarra, han apostado por la formación de este tipo de perfil de Enfermería avanzado y su consiguiente implantación en el ámbito práctico. Podemos decir que estamos ante un reto importante en nuestro país ya que no existen todavía programas de estas características ni en el ámbito académico ni en el de la práctica. La iniciativa comenzó, con la puesta en marcha del programa oficial del Máster en Ciencias de la Enfermería, hace tres años. Actualmente denominado: Máster en Investigación y Rol Avanzado. Ya se han formado dos promociones con este perfil. Ahora se trata de abrir vías en la práctica para estos nuevos profesionales, demostrando los beneficios y el impacto de los mismos en el cuidado.

Entendemos que este es un camino adecuado para el desarrollo de la, tan necesaria, carrera profesional. Sabiendo que será un beneficio no solo para los profesionales individuales sino para toda la profesión. No todos tendrán que adquirir el nivel de una práctica avanzada, pero indudablemente los que lo ejerzan serán incentivadores de una buena práctica allí donde estén.

Es conveniente dirigir la mirada hacia aquellos países y contextos donde la práctica avanzada es ya una realidad y aprender de ellos. En estas jornadas, contamos con la experiencia del Massachussets General Hospital, uno de los hospitales más prestigiosos de USA, donde desde hace más de 20 años están desarrollando el rol avanzado. Quería agradecer la ayuda y el apoyo incondicional que la Dra Dorothy Jones, responsable de la Unidad de Investigación de Enfermería de ese hospital, ha proporcionado a la Facultad de Enfermería, desde el primer momento, para la creación y la puesta en marcha del máster y la implantación del rol avanzado en el Clínica.

También a las enfermeras del Massachussets General Hospital que colaboran con nuestro programa, de las cuales una de ellas Vivian Donahue participará en estas Jornadas. Además contamos con la presencia de Linda Kelly, enfermera de rol avanzado de la Universidad de Glasgow, que también compartirá con nosotros su experiencia en la implantación del rol avanzado. Y por supuesto las profesoras de la Facultad que han trabajado y profundizado sobre el rol avanzado en Enfermería a lo largo de varios años.



No quería terminar estas palabras sin agradecer al comité científico y organizador de estas jornadas su dedicación y buen hacer en la preparación de este evento.

Por último desearles que estas jornadas colmen sus expectativas.

Muchas gracias.

**Excma. Sra. D<sup>a</sup>. Mercedes Pérez Díez del Corral.**

Presidenta de las Jornadas.

Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra.



# **JORNADAS SOBRE ROL AVANZADO EN ENFERMERÍA**

## **Presidencia**

Excm. D<sup>a</sup>. Mercedes Pérez Díez del Corral

## **Comité Científico y Organizador**

Dra. María Arantzamendi Solabarrieta

Dra. Cristina G. Vivar

Dra. Cristina Oroviogoicochea Ortega

Dra. Mari Carmen Portillo

## **Secretaria Técnica**

D<sup>a</sup>. Purificación Díez Goñi

D<sup>a</sup>. Diana Gutiérrez Lacasta

D<sup>a</sup>. María Sandúa Mañú



## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer, muy especialmente a la Secretaría de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, por su trabajo eficiente y su dedicación exquisita para el buen desarrollo de estas Jornadas.

Asimismo, agradecemos a los diferentes organismos que han subvencionado estas Jornadas:

- Ministerio de Ciencia e Innovación, Dirección General de Investigación y Gestión del Plan Nacional de I+D+i.
- Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitarios.
- Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra.



## PALABRAS DE APERTURA DE LAS JORNADAS

Me corresponde, con unas breves palabras, inaugurar estas Jornadas sobre el Rol Avanzado de Enfermería. Ante todo, quiero deciros que es para mí un placer acompañaros en este acto porque, aunque no tengo la suerte de impartir docencia en esta Facultad sois para mí -alumnos, profesores, amigos- muy próximos. Todos somos Universidad de Navarra.

Unas Jornadas más, pero seguro que será un encuentro único y especial en el campus y en los lugares donde algunos quizá habréis cursado vuestros estudios universitarios o acaso hayáis hecho las prácticas. Único y especial por variados motivos, que podríamos detenernos a enumerar, pero no lo vamos a hacer ahora.

Me gustaría fijarme, en cambio, en una idea que, quizá por la crisis que padecemos en este momento, está cada vez más presente, como un reto: donde hay peligro, riesgo, hay salvación, esperanza.

A nadie escapan las importantes consecuencias que tiene situar el concepto o la experiencia del éxito en el corazón de la educación, o, dicho de otro modo, las consecuencias que tiene pensar que el fin de la educación es triunfar en la vida, interpretando ese éxito en función de simples categorías economicistas, tecnológicas o de estricta aceptación de propuestas, ideas y actuaciones concretas.

Es una afirmación ampliamente compartida en la cultura de hoy que lograr el éxito es uno de los fines esenciales de la educación. Suele, además, pensarse, para más confusión, que calidad y éxito, concebido este último como triunfo, son lo mismo. Se persigue así el éxito académico, el éxito emocional y el éxito laboral, en la búsqueda de mayores índices de calidad en la educación.

Quizá, la primera medida sería tratar de aclarar conceptos, para lo que no hay tiempo aquí, pero sí podemos ver que la definición de éxito que nos da el Diccionario de la Real Academia es, en primer lugar, el resultado feliz de un negocio, actuación, etc. En un segundo lugar, menciona la buena acep-

tación que tiene alguien o algo. Y, por último, se refiere al fin o terminación de un negocio o asunto.

Si acudimos a la etimología, comprobamos que estamos ante una voz tomada del latín *exire*, 'salir', que evolucionó tomando exclusivamente el sentido positivo: "salida feliz" o "resultado feliz" de algún negocio. En cambio, en inglés, *exit*, conservó su sentido original latino. En castellano tener éxito es sinónimo de triunfar. Y lo contrario es "fracasar".

Por otro lado, la calidad, que con tanto ahínco persigue nuestra cultura, enlaza con el éxito entendido como categoría social. Se acepta que algo tiene calidad si tiene éxito, aunque tendría que ser más bien al revés: el éxito es -debe ser- resultado de la calidad.

La calidad es objetiva; se da cuando algo es bueno, es decir, cuando cumple los requisitos que exige lo que los clásicos llamaban "esencia" o "modo de ser" de algo. Un buen bolígrafo por ejemplo es aquel que escribe bien. En el caso de la actividad humana se refiere al "buen hacer": un buen gerente, una buena abogada, un buen profesor, una buena médico o arquitecta, son tales si cumplen lo que exige su oficio.

Otra cosa es la reacción del "público" que acepta normalmente lo bueno, aunque a veces se equivoca y no sabe apreciar lo valioso, sobre todo si se atiene a otras consideraciones (conveniencias, intereses, etc.). Sería un error, por tanto, confundir la calidad con el éxito y es un sin-sentido hacer depender la primera del segundo: sería el mundo al revés. Esta es la concepción del éxito tan extendida hoy, de carácter emotivo-social, que implica una especie de confusión entre calidad y cantidad: lo mejor es entonces lo más vendido, lo más visto, lo más votado, etc.; pero, cabe preguntarse: ¿constituyen los ranquin por sí mismos índices de calidad?, ¿por qué tienen tan gran vigencia social?

Esta noción de calidad puede entenderse en el ámbito de la educación en dos sentidos, fundamentalmente: el político-social (sería la calidad del sistema educativo) y el pedagógico (más en la línea de la calidad de la educación propiamente dicha).



El primer caso tiene que ver con los objetivos, organización y funcionamiento del sistema educativo; es decir, con aspectos externos o estructurales. El segundo, en cambio, apunta a la esencia de la enseñanza y de la educación: a la realización personal, al tipo de formación que mediante la actuación educativa se promueve y logra.

Es este segundo sentido el que tiene mayor interés. La calidad supone, de esta forma, promover la mejora personal, más allá del logro de unos indicadores externos de calidad, que tal vez son condición necesaria o conveniente, pero no suficiente para lograr la calidad en sentido radical, porque con esos indicadores cabría hacer trampa.

La verdadera calidad de la educación consiste, por tanto, en procurar la excelencia, no tanto del sistema educativo, sino del acto educativo o didáctico. Ese acto didáctico es aquél en el que se realiza la enseñanza y el aprendizaje; donde de algún modo se unen maestro y discípulo, profesor y alumno. Ahora bien, para que ese acto sea fructífero no basta contar con unas condiciones externas excelentes, sino que se requiere que profesor y alumno trabajen bien, adecuadamente. La calidad no depende tanto de la ley que la regula, sino de la pedagogía que practica cada institución escolar.

Aquí está implicada, si se puede decir así, la calidad del que enseña, que supone conocer y practicar bien su oficio docente y lograr estimular a los alumnos; pero también implica la calidad del alumno, que aprende, que tiene interés y voluntad de cultivarse.

Un indicio de que esa actuación educativa se realiza de modo adecuado es la presencia de la alegría de aprender, que actúa como motor del proceso. Y la presencia del sentido crítico. No se entendería un universitario sin capacidad crítica. Esta es la tarea que en la Universidad de Navarra, en su Facultad de Enfermería, tratamos de llevar a cabo y espero que cumpla su misión con vosotros.

Quiero terminar con unas palabras de felicitación por la temática elegida, de tan vital importancia, y por la organización de un encuentro como éste. Palabras también de satisfacción personal por ver un fruto de madurez en

este centro de la Universidad apoyado -apoyados mutuamente- por la Clínica Universidad de Navarra. Recogemos hoy lo que muchos y muchas antes que nosotros han sembrado y roturado con una certera visión de futuro. Palabras que me gustaría que fueran también de estímulo para no apoltronarnos en lo ya conseguido.

Palabras en fin de bienvenida a todas las personas que sois las protagonistas de estas Jornadas y, de modo especial, a algunas ponentes a las que agradezco el esfuerzo que han hecho para venir hasta aquí: Dra. Dorothy Jones, Vivian Donahne y Linda Kelly. Gracias también a quienes más de cerca han puesto su granito de arena para que todo resulte de modo satisfactorio.

Con mis felicitaciones os deseo unos días fructíferos.

**Excma. Sra. D.<sup>a</sup> Concepción Naval.**  
Vicerrectora de Profesorado.  
Universidad de Navarra.

Tengo el placer de estar aquí, participando de estas primeras jornadas de Rol Avanzado, acogida por la Facultad de Enfermería, a la cual agradezco su invitación.

Me entusiasma ver en parte, puesto que aún ha de madurar mucho más, hecho realidad este proyecto que hace unos años Cristina Oroviogoicoechea y yo vimos en el Massachussets General Hospital en una visita organizada y acordada con la Junta Directiva de la Facultad para absorber conocimiento y nuevas ideas en torno al tema que nos ocupan estas jornadas. Se centró la visita también, lógicamente por las personas que íbamos, en aspectos de organización de Enfermería. Allí vimos en acción las figuras de rol avanzado que llevaban funcionando ya con mucha experiencia de años y en coordinación con la gestión de enfermería.

A la vuelta de ese viaje, en el cual trabajamos y fuimos materialmente cuidadas por la Dra. Dorothy Jones, que hoy es anfitriona de este primer evento científico en torno al rol Avanzado de la Enfermera (y agradezco personalmente su presencia hoy aquí), comenzamos el trabajo de desarrollar este rol en el entorno de la Enfermería de la Universidad de Navarra. A partir de aquí han visto la luz, por parte de la Facultad, el máster de rol avanzado y en la Clínica, la puesta en marcha de la figura de este nuevo rol hace un año. Las aportaciones que resultan de su implantación serán evaluadas a lo largo de este año, pero ya se aprecian los primeros síntomas de su contribución. Desde la Clínica confiamos que el desarrollo de más áreas de trabajo en rol avanzado pueda ver la luz pronto, para asegurar una práctica clínica más segura, científica y experimentada.

En la Universidad de Navarra, el trabajo multidisciplinar, y especialmente la integración entre los ámbitos académicos y el profesional ha sido característica fundamental para conseguir grandes frutos de ello. En la corta andadura que llevo, puedo decir que he tenido la suerte (porque desde muy pronto algunas personas apostaron también por mí) de ver desde una perspectiva bastante global, gran parte de los cambios que se han vivido en la Enfermería tanto en la Facultad como en la Clínica, gracias al trabajo conjunto de las dos. Hace ya unos veinte años, con la salida de las primeras enfermeras al Reino Unido para cursar Máster en Ciencias de la Enfermería,

se pusieron las primeras semillas que hoy ya están cuajadas de frutos en ambos centros de la Universidad. Me gustaría hacer mención especial de Charo Serrano por el entusiasmo que siempre puso para animarnos a tantas enfermeras a cursar estos estudios que han llevado lejos a la Facultad especialmente en su desarrollo académico, ya que la presencia de doctoras y másteres en todo el entorno universitario o asistencial se ha trabajado desde hace mucho. Con el tiempo han llegado a cuajar figuras tan bien formadas que han constituido un referente en el ámbito internacional, como por ejemplo, ha sido Maite Díaz cuya aportación ha sido escondida pero muy fecunda. Prueba de ello las cartas recogidas en un folleto en la Clínica como muestra de su aportación en el terreno de una enfermera, que yo diría de rol avanzado en el campo de la Seguridad y Prevención Clínica.

Que estas jornadas sean de gran aportación para continuar con el reto de desarrollar de manera pionera desde la Universidad de Navarra el Rol Avanzado de Enfermería en España.

**Excma. Sra. D<sup>a</sup> Carmen Rumeu.**

Directora de Enfermería Consejo de Dirección.

Clínica Universidad de Navarra.

## ÍNDICE

1	Introducción
23	Concepto de Rol Avanzado y Práctica Avanzada en Enfermería <b>Dorothy Jones</b>
29	Atributos del Rol Avanzado en Enfermería: Práctica clínica directa <b>Cristina Oroviogicoechea</b>
45	Atributos del Rol Avanzado en Enfermería: Enfermería basada en la evidencia. <b>Olga López de Dicastillo</b>
59	Atributos del Rol Avanzado en Enfermería: Colaboración y liderazgo <b>María Jesús Pumar Méndez</b>
67	Diferencias entre perfiles enfermeros: práctica avanzada, enfermería asistencial y gestión <b>Mari Carmen Portillo</b>
91	Experiencias de las enfermeras de práctica avanzada en el Reino Unido <b>Linda J. Kelly</b>
103	Implementación del Rol Avanzado en el Massachusetts General Hospital. EEUU. <b>Vivian Donahue</b>
115	Rol Avanzado en Enfermería: Máster en Ciencias de la Enfermería <b>Cristina G. Vivar y Navidad Canga Armayor</b>
131	El desarrollo del Rol Avanzado a través de la formación de postgrado <b>Mónica Vázquez Calatayud</b>
155	Conclusiones



## INTRODUCCIÓN

El contexto profesional, socio sanitario y académico donde se desarrolla la profesión de Enfermería, ha experimentado un profundo proceso de transformación a nivel internacional y en nuestro país.

La sociedad del siglo XXI está sumida en numerosos y grandes cambios que tienen que ver con los avances científicos y tecnológicos, el desarrollo económico, la educación de la población, el fenómeno de la globalización, aspectos demográficos, la inmigración, los cambios en los patrones epidemiológicos, etc. Estos cambios están influyendo en el sistema de salud y en el ámbito donde se desarrollan los cuidados de salud. Además, en Europa, y más concretamente en España, se están produciendo cambios demográficos muy importantes. Las bajas tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida ha propiciado un acelerado proceso de envejecimiento de la población. Este hecho conlleva el aumento del número de ciudadanos que vivirán, muchos años, con procesos crónicos, enfermos, incapacitados y en situación de dependencia, requiriendo una mayor atención sanitaria. Por otra parte, el fenómeno de la inmigración tampoco se puede obviar en el contexto actual socio sanitario. La atención a los inmigrantes supone un reto para los profesionales de la salud que se enfrentan a un fenómeno de comunicación intercultural, ya que deben cuidar a una población nueva proveniente de otros países y culturas diferentes. En la actual sociedad de la información las personas están cada vez más informadas y reclaman una mayor participación y responsabilidad en la toma de decisiones con respecto a su salud. El modelo que actualmente se plantea es que los ciudadanos quieren, cada vez más, ser parte activa de sus cuidados de salud. Por ello los profesionales sanitarios tienen que mejorar la competencia de informar y educar a la población en estos temas.

Por todo lo anterior, estas Jornadas pretenden contribuir a la mejora del cuidado por parte de los profesionales de Enfermería, mediante la aportación de un conocimiento novedoso y emergente en nuestro país sobre el Rol Avanzado en Enfermería. Buscan responder a la necesidad de capacitación que los profesionales de enfermería requieren para tener un conocimiento clínico experto que permita realizar juicios clínicos avanzados, y adquirir

habilidad para la toma de decisiones éticas, para el desempeño de funciones de consultor y para colaborar y trabajar con equipos multidisciplinares. Asimismo, para ejercer un liderazgo transformacional y fuerte en los sistemas de salud.

Los objetivos de estas primeras Jornadas sobre Rol Avanzado en Enfermería son:

- Reflexionar sobre el desarrollo del concepto de Rol Avanzado y Práctica Avanzada en Enfermería.
- Conocer las experiencias de la implantación del Rol Avanzado en Enfermería en el ámbito internacional.
- Analizar las diferencias entre perfiles enfermeros en nuestro contexto.
- Analizar el impacto del Rol Avanzado en Enfermería.
- Generar un ambiente de interacción y diálogo entre los participantes sobre la Práctica Avanzada en Enfermería.

Por último, cabe señalar que con estas Jornadas también se pretende concienciar a los profesionales de Enfermería de la necesidad de una formación en Rol Avanzado que les capacite para cuestionar la práctica actual, para mejorarla a través de la investigación, crear nuevo conocimiento de Enfermería y mejorar e innovar los cuidados y los servicios de salud más allá de los límites de la práctica tradicional.



# ADVANCED NURSING PRACTICE. THE ROLE OF THE CLINICAL NURSE SPECIALIST

Author:

**Dorothy A. Jones**

EdD, RN, FAAN.

Professor, Boston College.

William F. Connell School Nursing.

Director, Yvonne L. Munn Center for Nursing Research, Massachusetts General Hospital.

Boston, MA.

## **Introduction.**

The development of the clinical nurse specialist (CNS) role in the United States was prompted by the need for nurse's with advanced knowledge to address issues related to staff development and continuity of care for patients and families at the bedside. Introduced in the early 1960's, the role of the CNS was quickly implemented in hospitals, rehabilitation settings, and other patient care environments, nationally. Over the years this role has appeared in health care settings internationally, especially in England and

the British Isles. Today, the role continues to be integral component of advanced nursing practice (APN), addressing issues around patient complexity, health promotion, risk reduction, and managing responses to illness. Using expert knowledge to address these challenges within the practice environment, CNS's can foster the development of nurses with the knowledge needed to design innovative, evidence driven approaches to the care of patients, families and communities.

The creation of a curriculum to prepare the CNS occurs at the graduate level. The master's degree is a requirement for clinical practice and national certification. Over the years CNS preparation has focused on acquisition of essential knowledge to become a clinical care expert. Historically, the role of the CNS included new knowledge that focused on both the direct and indirect role of the nurse (Hamric and Spross, 1989). In 2004, the National Association of Clinical Nurse Specialists (NACNS) produced a document entitled "*Statement on Clinical Nurse Specialist Practice and Education*". The document included a revised definition of the CNS, focusing on essential role characteristics and a conceptual model of CNS practice that embodied what has been described as the *three spheres of influence*, namely a) the patient/client, b) nurses and nursing practice and c) the organization (NACNS, p. 17-20).

## The CNS role Attributes.

NACNS (2004) describes the CNS role as one designed to advance professional nursing's response to the demands of health care by helping to shape and inform the public about autonomous nursing practice for which nurses are accountable and responsible. The CNS possesses *mastery knowledge about the discipline*, core nursing to advance patient care and promote health in areas of national and global concern, *role knowledge*, that knowledge associated with the role dimensions of the CNS and its implementation into health care systems and *specialty knowledge* to promote expert nursing practice in specialty settings (e.g. oncology; cardiology, neurology, etc.).

The CNS works with a variety of populations (e.g. adult health, woman's health, psychiatric mental health ) across a variety of settings, illnesses, age groups and cultures to address responses to illness (e. g. pain, anxiety, constipation, .incontinence, skin breakdown, etc.), relieve problems, improve health and prevent illness (NACSN, 2004). To achieve these goals, the CNS is prepared to embody selected role attributes as they implement this role with patients, families, and staff as well as health care systems. The following discussion provides an outline of selected attributes.

**Clinical Expert** – The CNS is a clinician with experience and knowledge that is enhanced by clinical wisdom gained through exposure to advanced nursing and other knowledge including clinical expertise and knowledge from other disciplines. Preparation of the CNS in a Master's program enhances the CNS's knowledge base across populations, age groups and settings. To maintain this expertise, the CNS belongs to nursing and other specialty groups to advance personal knowledge through continuous learning at conferences and workshops.

**Role Model** – The CNS works with staff at the bedside and models the behaviors associated with knowing the patient, applying knowledge to improve care, integrating technology and new science into care delivery; working with families to assure continuity and care transition and being a voice for the unique contribution nursing makes to quality care outcomes. The CNS helps to model professional nursing practice for all.

**Mentor** – the CNS is a mentor to staff nurses, encouraging them to advance and develop their professional knowledge and practice expertise. Through teaching at the bedside, conferences and demonstration, simulation and other modalities, the CNS provides staff and patients with new knowledge and stimulates opportunities for professional growth. The CNS helps articulate nursing's potential impact on patient care outcomes to other members of the organization, policy and standard developers, accreditation and regulatory bodies (Lyons, 2004) and the consumer.

**Educator** – The CNS is a clinical expert with needed knowledge to improve care. Using a variety of teaching modalities, the CNS clarifies existing

knowledge for staff and patients and shares and evaluates new knowledge that can be integrated into the patients' plan of care. The CNS provides continuing education and participates in orientation for staff through classroom and simulated learning experiences, conducts group and other learning sessions to assist patients and families with acquiring new knowledge, evaluates existing knowledge and communicates new opportunities to discuss living with illness and promoting healthy living.

**Consultant** – the CNS consults with staff, patients, families, other CNS's and health care providers around those issues that impact direct care to patients and families as well as staff within the professional practice environment. Using advanced knowledge in nursing and specialty areas as well as systems expertise, the CNS is able to participate in and organizational initiatives that improve patient care through the integration of nursing knowledge in redesigning care delivery models.

**Collaborator** – the CNS uses clinical expertise and specialty knowledge to address unit and organizational issues that require innovative approaches to patient/family care. Examples can range from sharing specific problem with other units to improving care by working with other leaders to address issues that affect the delivery of safe, high quality, cost effective, knowledge driven, patient centric care across groups.

**Researcher** – the CNS participates in clinical research, conducts clinical studies to improve care and identifies problems responsive to nursing action. The CNS promotes the use of research and existing evidence to improve care and create an environment of clinical inquiry where all decisions are supported by knowledge. When evidence is unavailable, the CNS seeks to work with others to develop and use research to improve care and articulate nursing's impact on patient indicators (e.g. falls and pressure ulcers). In addition, the CNS participates in the conduct of research at the unit level and with other scholars to improve patient care.

**Leader and Change Agent** – The role of change agent is the hallmark of the CNS role. This role involves leadership in guiding staff to participate in change and proposing initiatives based upon evidence and consensus to

promote high quality, safe, cost effective patient care. The CNS often becomes involved in working with the organizational administrators to lead change projects, guide committee activity to improve the professional practice environment for staff and patients.

### **Role Impact.**

Implementing the CNS role is provides an opportunity to improve the delivery of health care across settings, increase patient and staff satisfaction and reduce health care costs. Integrating this role into health care delivery systems within Spain will require commitment and leadership from both educators and administrators. Achieving this change will take time but successful role implementation will create new opportunities for change and organizational growth. Evaluating the effectiveness of the CNS role and its impact on the culture of an organization can occur in many ways. Outcomes including staff and patient satisfaction; enhanced management of patient care (evidenced by such things as enhanced documentation, reduction in pressure ulcers, infection or falls); decreased length of hospital stay; better transition to home or rehabilitation care following hospitalization; increased teaching and learning of staff and patients; use of evidence to guide decision making; a decreased number of adverse events and mortality rates; increased adherence to regulatory demands; decreased readmission rates and increased safety (e.g. decreased medication errors, decreased falls, improved pain management) can all be realized through implementation of the Advanced Practice Clinical Nurse Specialist role.

In addition, the CNS role can also impact organizational goals including decreasing health care costs; increasing the development; implementation and use of evidence in practice, articulation and use of nursing science in care planning and innovation in patient care delivery. Changes in the nursing staff's perception of their professional practice environments can impact staff recruitment, foster staff retention, encourage nurse's return to school for advanced education and increase participation in organizational initiatives, suggesting staff growth and development. As roles evolve in practice, the CNS is in a position to disseminate successes achieved in the practice and organization. National and global publications and presenta-

tions along with preparing needed evidence to support applications for institutional recognition such as Magnet Certification can be realized and attributed directly to the changes brought to the forefront by the CNS.

## **Leading the Way: CNS role at the University of Navarra and the Clinica de Navarra.**

The development and implementation of the Advanced Practice Nurse, CNS role at the University of Navarra will be discussed in the pages to follow. Each chapter will discuss the educational preparation and role implementation of the CNS role to date and offer examples that demonstrate role impact. It is anticipated that the CNS role will grow, impact patient and staff outcomes and expand nurse's presence within health care systems and organizational settings.

Effective CNS leadership can result in the development of a specialty organization and publications that can bring together CNS's and guide the implementation and evaluation of the improvements in the care of patients, families and the community. Achieving successful integration into health care in Spain will offer patients and their families an opportunity to promote healthy lifestyles, foster recognition of the practice (e.g. Magnet recognition and improve the management of patient care by nurses throughout the country and beyond.

## **References.**

Hamric, A. B and Spross, J. A. (1989). *The clinical nurse specialist in theory and practice*. (2nd ed.) W.B. Saunders, Philadelphia.

Lyon, B. (2004). The CNS regulatory quagmire-We need clarity about nursing practice. *Clinical Nurse Specialist*, 18(1), 9-13

National Association of Clinical Nurse Specialists (2004). *Statement on clinical nurse specialist practice and education*, NACNS, PA. Harrisburg.

# ATRIBUTOS DEL ROL AVANZADO EN ENFERMERÍA: PRÁCTICA CLÍNICA DIRECTA

Autora:

**Dra. Cristina Oroviogoechea**

Área de Innovación e Investigación en Enfermería. Clínica Universidad de Navarra.

Profesor Asociado. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

corovio@unav.es

## **Introducción.**

La práctica avanzada surge en una confluencia de necesidades del paciente (mayor complejidad, envejecimiento y comorbilidad) y del sistema de salud (avances tecnológicos, cambios organización, escasez médicos) junto a un desarrollo de las oportunidades de educación (Ramírez et al, 2002).

En otros países la formación de master ha llevado al desarrollo de lo que se conoce como práctica avanzada de enfermería, un concepto complejo por las circunstancias en las que ha surgido y la variabilidad que existe. Los cambios en el entorno sanitario han ido ampliando y perfilando el perfil. Las enfermeras de práctica avanzada han sido claves en estos procesos integrándose activamente en ellos.

El desarrollo del master y doctorado en enfermería en nuestro contexto abre puertas no solo a un mayor desarrollo del conocimiento e investigación en enfermería sino también a nuevos perfiles profesionales que logren un desarrollo y avance de la práctica diaria de enfermería. Bryant-Lukosious et al (2004) afirman: "La práctica avanzada es la frontera futura para la práctica de enfermería y el desarrollo profesional. Es una forma de ver el mundo que permite cuestionar la práctica actual, la creación de nuevo conocimiento de enfermería y la mejora de los cuidados y servicios de salud" (pp 520).

Este capítulo pretende abordar una de las competencias de la enfermera de práctica avanzada: la práctica clínica directa. La práctica avanzada es la confluencia de distintas competencias pero la práctica clínica se considera la competencia central e informa las demás; aunque realizan otras actividades el cuidado directo es la base necesaria para articular el resto de competencias.

### **La Práctica Clínica directa como competencia central.**

Cuando hablamos de la práctica clínica directa nos referimos a las actividades y funciones que la enfermera de práctica avanzada realiza dentro de la relación paciente/enfermera.

Incluye procesos como (Hamric et al, 2005):

- el establecimiento de la relación paciente/enfermera.
- la comprensión mutua de los problemas de salud.
- la determinación de los objetivos de salud.
- la exploración de las distintas opciones de tratamiento y el manejo de la situación.
- la realización del diagnóstico, monitorización y tratamiento.
- la discusión acerca de acciones futuras que tengan que realizarse.



En un documento elaborado en EEUU por un grupo de trabajo (APRN Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee, 2008), en el que estaban representados todos los comités y organizaciones profesionales de enfermería, se estableció el consenso acerca de la definición de la enfermera de práctica avanzada y hay tres puntos que destacan esta idea de la centralidad de la práctica clínica directa. Dicen que la enfermera de práctica avanzada es una enfermera:

- "que ha adquirido un conocimiento avanzado y unas habilidades que le preparan para dar un cuidado directo al paciente, así como para un componente de cuidado indirecto; sin embargo, el factor definitorio para todas las enfermeras de práctica avanzada es que un componente significativo de la educación y la práctica se centra en el cuidado directo de los individuos".
- "cuya práctica se construye a partir de la competencia de la enfermera demostrando un conocimiento más extenso y de mayor profundidad, una mayor síntesis de datos, una complejidad mayor de habilidades e intervenciones, y una mayor autonomía".
- "que está preparada por su formación para asumir la responsabilidad para la promoción de la salud y/o su mantenimiento así como la valoración, diagnóstico y manejo de problemas del paciente, que incluye el uso y prescripción de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas".

La esencia de la práctica avanzada son los valores de enfermería, y el expertise o pericia adquiridos con la experiencia a los que se añade unos conocimientos avanzados, un juicio clínico avanzado y la habilidad en la toma de decisiones avanzada (niveles altos de pensamiento crítico y análisis). Esto es lo que constituye el valor añadido a la provisión de cuidados de salud de la práctica avanzada.

La enfermera de práctica avanzada lleva la práctica más allá del nivel intuitivo que caracteriza a la práctica experta dando una explicación teórica y empírica a las acciones de enfermería.

Benner (1985) la define como un híbrido entre el conocimiento de la práctica logrado en la atención directa al paciente y el uso de sofisticadas habilidades de conocimiento.

Sin embargo existe una gran confusión sobre la naturaleza y el papel de la práctica de enfermería avanzada. Hablábamos antes de "que está preparada por su formación para asumir la responsabilidad para la promoción de la salud y/o su mantenimiento así como la valoración, diagnóstico y manejo de los problemas del paciente, que incluye el uso y prescripción de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas". La enfermera de práctica avanzada se mueve dentro de funciones propiamente de enfermería pero puede ampliar ese ámbito asumiendo funciones de otros profesionales, preferentemente médicos (Donnelly, 2003; Hamric et al, 2005). Las funciones médicas o de otros profesionales que se asumen no son el objetivo del conocimiento de enfermería y por tanto no son el centro de la práctica clínica avanzada. Pero no podemos ignorar que están conectados y dan un nuevo valor a las tareas de cuidado de la enfermería clínica. "El cuidado y las actividades de enfermería realizadas por enfermeras de práctica avanzada son expresadas en y a través del campo de la enfermería" (Ruel y Motyka 2009, pp 397).

La práctica avanzada se ve a veces como un puente entre la medicina y la enfermería como se ve en este comentario de una enfermera de práctica avanzada:

"Algunos días no estas segura de en que parte del puente estas o si estas en el medio. Siempre somos conscientes de que somos enfermeras y no podemos enfatizar mucho la parte médica". (Donnelly 2006).

Un aspecto que contribuye a centrar la práctica clínica de la enfermera de práctica avanzada en esas funciones fuera del ámbito de la enfermería es el enfoque habitual de estudios de resultados, en los que predomina la comparación entre la atención dada por médicos y enfermeras de práctica avanzada a una población o grupo de pacientes en cuanto a costes, calidad, satisfacción y seguridad (Kleinpell y Gawlinski, 2005). El punto de comparación es la atención médica, pero no se analiza lo que puede ser el valor aña-

dido y diferenciador que aporta la atención dada por la enfermera de práctica avanzada (Ruel y Motyka, 2009).

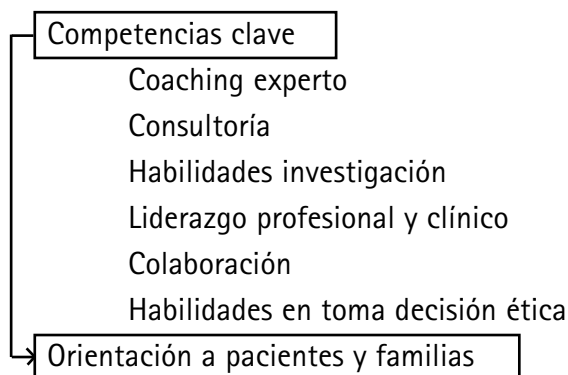
Sin embargo, hay una diferencia clara entre el enfoque y la actitud en la práctica y la incorporación de tareas previamente fuera del ámbito de la enfermería. Lo que define la práctica de la enfermera de práctica avanzada son esas características y no la materialidad del contenido de su trabajo. El marco teórico o conceptual que la enfermera de práctica avanzada selecciona y utiliza tiene un impacto significativo en el modo de valorar al paciente y en la naturaleza de las intervenciones que selecciona para lograr los resultados del paciente y que le diferencia de otros profesionales. Como dice una enfermera en un estudio cualitativo:

"Bien, la diferencia principal es que yo soy enfermera y ellos médicos y nuestras filosofías son muy distintas; y enfermería está más centrada pienso en el modelo de salud y bienestar y mira a lograr maximizar el bienestar de la persona. Incluso si no podemos solucionar el problema, le podemos ayudar a estar lo mejor que puede y afrontar el vivir con el problema" (Carrier et al 2007, pp 1822).

Otro aspecto importante de la práctica clínica como competencia central es la relación con el resto de competencias. Según el modelo de Hamric la práctica clínica directa es la competencia central pero además informa las demás. Aunque realizan otras actividades, el cuidado directo es la base necesaria para articular el resto de competencias. Podríamos decir que se establece entre ellas una relación bidireccional.

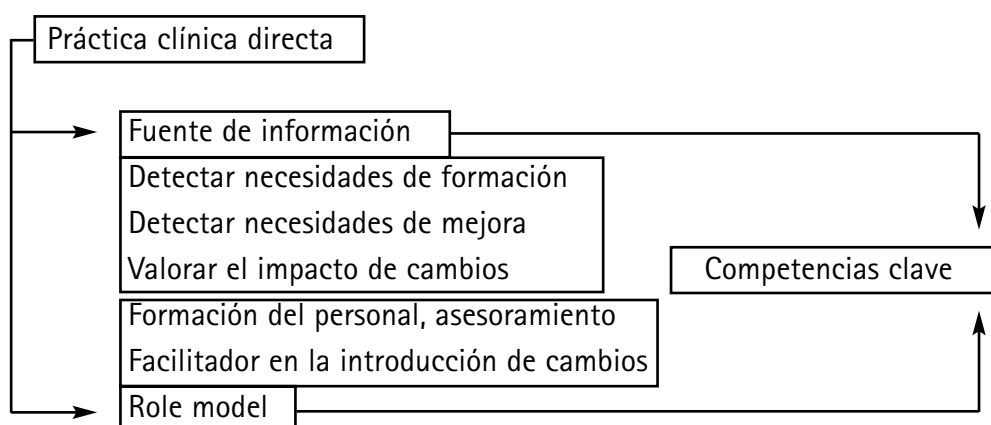
Por una parte, todas las competencias se orientan a los pacientes y familias, y es en el cuidado que se proporciona donde tienen su razón de ser (Figura 1).

**Figura 1**



Y por otra parte, involucrarse en el cuidado directo es una fuente de información acerca de los problemas de la práctica y la propuesta de mejoras, así como valorar el impacto de posibles cambios en la práctica. Da la oportunidad de identificar las necesidades de formación del personal, evaluar el uso de recursos y desarrollar la competencia de otras enfermeras. El razonamiento clínico de la enfermera de práctica avanzada no se limita a la consideración de variables fisiológicas y psicológicas, se extiende más allá de la práctica clínica para incorporar la educación, la investigación, factores organizativos y el cambio (Figura 2).

**Figura 2**



Hay por tanto un doble efecto sobre la atención del paciente: directo a través de la práctica clínica e indirecto a través de la mejora de profesionales y la organización. Todas las competencias inciden en lo que ocurre en el cuidado del paciente y tiene un impacto significativo en los resultados del paciente.

Para ilustrar esta idea se ha seleccionado un párrafo de un artículo que describe la función de la enfermera de práctica avanzado:

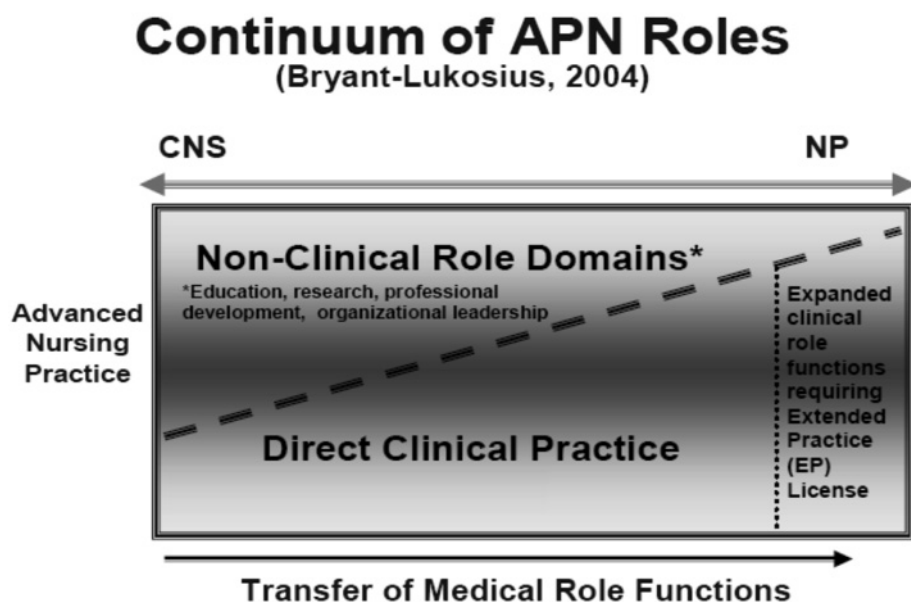
"Después de la reunión, sigo con la enfermera asignada al paciente con síndrome de abstinencia alcohólica para discutir sus necesidades y el plan de cuidados. La enfermera identifica acertadamente la necesidad de contactar con el asistente social para ayudar en el manejo de la familia y la planificación del alta. Colaboramos con el asistente social, la gestora de casos, el equipo médico y las casas de acogida para organizar el alta en los próximos días. Refuerzo con el personal la importancia de utilizar el personal de seguridad del hospital y la supervisora de guardia si se necesita más gente para manejar a este paciente en ausencia de la supervisora de la unidad y yo misma" (LaSala et al, 2007, pp. 268).

Vemos que la función de la enfermera de rol avanzado es de apoyo, no suplanta o interfiere en la función de la enfermera responsable del paciente. El término de práctica avanzada puede tener connotaciones negativas, pero en todo momento se cuenta con la complementariedad de perfiles y roles para dar una atención de calidad a los pacientes. La enfermera de práctica avanzada en este caso, apoya a través del asesoramiento, colaboración, trabajo en equipo y de la formación.

Otro aspecto, que es importante destacar, es que existe una gran variabilidad en el peso de la competencia de práctica clínica según los distintos perfiles y también en el ámbito o contenido del cuidado del paciente. Hemos visto esos dos ejes en torno a los cuales se articula la práctica avanzada: el contenido de la práctica que contempla la transferencia de funciones médicas y la interrelación de las distintas competencias.

Bryant-Lukosius (2004) refleja gráficamente ese continuo es la definición de perfiles, en cuyos extremos sitúa la Clinical Nurse Specialist (CNS), con un peso importante de funciones no clínicas y dentro del ámbito de la enfermería y la Nurse Practitioner (NP), con un predominio de funciones clínicas y en la que el ámbito de la práctica se extiende a la realización de funciones médicas (Figura 3).

Figura 3



Algunos estudios han constatado esta diferencia, como el realizado por Lincoln en el año 2000. En este estudio las CNS dedican un 35% de su actividad al cuidado directo frente a un 73% que dedica la NP. Por otra parte en la importancia que dan a las distintas funciones, en el caso de la CNS la función de consultor o asesoramiento está en primer lugar, por encima de la práctica clínica.

O el realizado por Becker y colaboradores en el año 2006 comparando los perfiles dentro del ámbito de unidades de críticos. En este estudio se ve no sólo la variabilidad de competencias desarrolladas en la práctica sino la

diferencia en el contenido de la práctica. En un análisis de las actividades más críticas en su trabajo se ve que:

#### **La CNS:**

- Sintetiza, interpreta, toma decisiones y hace recomendaciones y evalúa las respuestas a partir de fuentes de informaciones complejas e incluso contradictorias.
- Identifica y prioriza los problemas clínicos a partir de la investigación el conocimiento de la experiencia.
- Facilita el desarrollo del juicio clínico en el equipo de salud a través del ejemplo, la formación, el entrenamiento, y/o el consejo.

#### **La NP:**

- Solicita los estudios diagnósticos apropiados e interpreta los resultados para el manejo del paciente en colaboración con los médicos y, si es necesario, con otros miembros del equipo.
- Prescribe medicación, tratamientos y modalidades de monitorización en colaboración con los médicos y, si es necesario, con otros miembros del equipo.
- Realiza una valoración global y un examen físico a partir de los signos y síntomas iniciales del paciente.
- Desarrolla una lista de diagnósticos diferenciales a partir de los resultados obtenidos en la valoración y examen físico.

## **Características de la Práctica Clínica de la Enfermera de Práctica Avanzada.**

La Asociación de enfermeras canadienses define la práctica de enfermería avanzada como: expertise caracterizado por la capacidad para valorar y comprender respuestas complejas de los pacientes; amplitud y profundidad de conocimiento y habilidades de intervención y unas habilidades intuitivas fuertes en el área práctica; práctica especializada que se concentra en un aspecto de enfermería y que puede tener su enfoque en la edad, grupo diagnóstico, ámbito de la práctica o un tipo de cuidado (Donelly, 2003). Como se ve existe una coincidencia con los elementos que destacaba el grupo de trabajo americano.

La pericia clínica o expertise no se debe equiparar a la práctica avanzada. Es una característica esencial de la competencia de práctica clínica pero no da una comprensión total de la práctica clínica de práctica avanzada que incluye además: una perspectiva holística, el establecimiento de una asociación (pacto, colaboración) con los pacientes, utilización de un pensamiento clínico experto y una actuación competente, la confianza o dependencia en la evidencia de investigación como guía de la práctica y el uso de distintos enfoques de manejo de la enfermedad y salud. Requiere un alto nivel de pensamiento crítico y análisis. (Hamric et al 2005).

### **Perspectiva holística.**

Se basa en la comprensión profunda de cada paciente como una persona única y compleja y en la atención centrada en el significado que el paciente da a la salud y la enfermedad. De alguna forma la perspectiva holística es la capacidad de mantener todas las "piezas" juntas

Se presenta un ejemplo de una valoración realizada por una enfermera de práctica avanzada:

"mujer de 72 años que vive sola, jubilada; tiene solo una hija pero vive en Sidney; no conduce. No hay transporte público donde vive y depende de amigos para ir quincenalmente a la ciudad más cercana a hacer la compra



y resolver asuntos. Sus condiciones de vida son pobres. No toma medicación. Esta mujer ha sido enfermera, fuerte como el hierro. Nada significativo en sus antecedentes médicos. No alergias." (Carryer et al 2007, pp 1821).

La enfermera no distingue entre la valoración física y el conocimiento del contexto y aspectos sociales. Todos dan una valoración más completa, holística, del paciente que permite tener una imagen que orienta el enfoque del cuidado de ese paciente. "No se trata de que tu descubras todo sobre el paciente, si bien otros pueden cubrir esos aspectos – tu profesionalmente asimilas esa información para tomar decisiones basadas en una perspectiva holística del paciente" (Graham et al 2006, pp 983).

La toma de decisiones se produce en el contexto de la vida del paciente. En la bibliografía se ve como la enfermera de práctica avanzada se involucra en la historia social del paciente, pregunta al paciente acerca de sus condiciones de vida, su percepción de la situación, es capaz de detectar información clave para planificar como un paciente puede seguir un plan de actuación ante su problema de salud. "Las enfermeras de práctica avanzada reconocen que hay más en la salud que los cuidados de salud utilizando estrategias que abarcan el amplio espectro de determinantes de salud, como las redes de apoyo social, el ambiente, las prácticas de salud, las habilidades de afrontamiento, la capacidad de autocuidado y otras" (Donelly 2003, pp 171).

### **Establecimiento de una relación con el paciente.**

Cada vez con más frecuencia los pacientes quieren estar involucrados en la toma de decisiones acerca del tratamiento y cuidado que reciben. Un aspecto que favorece esta toma de decisiones es el estilo de comunicación, que debe adaptarse a las preferencias del paciente. En estudios realizados se ha puesto en evidencia la capacidad de la enfermera de práctica avanzada de utilizar indistintamente distintos estilos en su práctica diaria y adaptarse a las características de cada paciente. Por tanto están en una posición privilegiada para la toma de decisiones compartida con el paciente (Hamric et al 2005).

"El buen cuidado es considerado informal y acerca de la relación entre cuidador y los que son cuidados. Es importante progresar con empatía con el paciente como un 'compañero' no como un receptor de cuidados" (Graham et al 2006, pp 983).

### **Utilización de un pensamiento clínico experto y una actuación competente.**

La profundidad y amplitud de la formación teórica junto con el enfoque holístico y el uso de la evidencia permiten a la enfermera de práctica avanzada trabajar desde una perspectiva más amplia por la comprensión profunda de la base racional y del significado de las intervenciones de enfermería. La formación de master se considera un requisito básico para la enfermera de práctica avanzada.

La experiencia aporta el contexto en el que aplicar los conocimientos, la experiencia previa permite el mirar atrás y buscar opciones para tomar una decisión. Pero la enfermera de práctica avanzada en la toma de decisiones une a la intuición propia de la experiencia otros "modelos" de razonamiento que le permiten utilizar procesos de razonamiento tanto en situaciones no problemáticas y estables como en situaciones inciertas. La integración de distintos niveles de conocimiento a través del pensamiento crítico permite a la enfermera de práctica avanzada ver las cosas de forma distintas y aplicar nuevos conocimientos a cada situación.

En un estudio cualitativo de narraciones de enfermeras de práctica avanzada sobre la atención que proporcionan al paciente se destaca que las enfermeras no utilizan el término intuición para referirse a su conocimiento del paciente, sino que utilizan términos como: conocimiento práctico científico, experiencia, percepción, capacidad de darse cuenta y razonamiento. El conocimiento del paciente es lógico y racional, no solo intuitivo. Se obtienen gran cantidad de datos, se clasifican y se organizan de acuerdo a patrones o esquemas comprensibles (Kucera et al 2010).

## Conclusiones.

La experiencia más la formación de master preparan a la enfermera de práctica avanzada con las habilidades para sintetizar un amplio rango de conocimientos de enfermería, de la experiencia y científicos en el ámbito de la práctica para lograr un cuidado holístico, integrado y comprensivo.

La enfermera de práctica avanzada lleva la práctica más allá del nivel intuitivo que caracteriza a la práctica experta dando una explicación teórica y empírica a las acciones de enfermería.

Por último, un reto de la enfermera de práctica avanzada es lograr mantener los aspectos y características del cuidado que han logrado unos resultados positivos en el paciente y lograr para la práctica avanzada un espacio único en el entorno sanitario.

## Referencias.

APRN Consensus Work Group and the National Council of State Boards of Nursing APRN Advisory Committee (2008) Consensus Model for Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education. Accedido 22 diciembre 2010. <http://www.aacn.nche.edu/education/pdf/APRNReport.pdf>

Becker D, Kaplow R, Muenzen PM & Hartigan C (2006) Activities Performed by Acute and Critical Care Advanced Practice Nurses: American Association of Critical-Care Nurses Study of Practice. *American Journal of Critical Care*.15, 130-148.

Benner, P (1985). The oncology clinical nurse specialist as expert coach. *Oncology Nursing Forum* 12(2), pp. 40-44.

Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G. & Pinelli, J. (2004) Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 519-529.

Carrier J, Gardner G, Dunn S & Gardner A (2007) The core of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1818-25.

Donnelly, G. (2003) Clinical expertise in advanced practice nursing: A Canadian perspective. *Nurse Education Today*, 23, 168-173.

Donnelly, G. (2006) The essence of advanced nursing practice. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 8, 12p.

Graham, I., Fielding, C., Rooke, D. & Keen, S. (2006) Practice development 'without walls' and the quandary of corporate practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 980-988.

Hamric, AB, Spross JA & Hanson CM (2009) Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach. 4ª edición. Elsevier Saunders, St.Louis.

Kleinpell R & Gawlinski A (2005) Assessing outcomes in advanced practice. The use of quality indicators and evidenced-based practice. *AACN Advanced Critical Care*, 16(1), 43-57

Kucera K, Higgins I & McMillan M (2010) Advanced nursing practice: a future model derived from narrative analysis of nurses' stories. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4) 43-53

LaSala, C.A., Connors, P.M., Pedro, J.T. & Phipps, M. (2007) The role of the clinical nurse specialist in promoting evidence-based practice and effecting positive patient outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38, 262-270.

Lincoln, P (2000) Comparing CNS y NP role activities: a replication. *Clinical Nurse Specialist*, 14(6), 269-277

Ramírez, P, Hernández, O, Sáenz de Ormijana, A, Reguera, A & Meneses, T (2002) Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería Clínica*, 12 (6), 286-9.

Ruel, J. & Motyka, C. (2009) Advanced practice nursing: A principle-based concept analysis. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 384-392.



# ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. LA INVESTIGACIÓN Y EL CUIDADO

Autora:

**Dra. Olga Lopez-Dicastillo**

Profesor Contratado-Doctor.

Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil.

Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

olopezde@unav.es

En esta presentación se abordan conceptos relacionados con los atributos del rol avanzado relativos a la investigación y la práctica basada en la evidencia (PBE), se definen los conceptos relacionados con la enfermería basada en la evidencia (EBE) y se plantea brevemente sugerencias finales sobre cómo promover la PBE.

## **El rol avanzado, la investigación y la PBE.**

En primer lugar, es importante señalar que las tres competencias que una enfermera de rol avanzado debe desarrollar con respecto a la investigación son las siguientes (Hamric et al., 2005):

1. La interpretación y el uso de la investigación en la práctica.
2. La evaluación de la práctica.
3. La participación en estudios de investigación que generen conocimiento.

Estas tres competencias destacan los diferentes tipos de relación que una enfermera de rol avanzado puede tener con los estudios de investigación (ver diagrama 1).

**Diagrama 1. Competencias de investigación que debe desarrollar una enfermera de rol avanzado.**





El primer aspecto se refiere al hecho de **usar** la evidencia científica para su actividad asistencial y la toma de decisiones en la práctica y ayudar a otros profesionales a incorporar la investigación en su práctica. Lo que algunos autores han denominado el consumo de la investigación científica (Profetto-McGrath et al., 2010).

El segundo aspecto se centra en competencias relacionadas con el diseño e implementación de procesos que permitan **evaluar** los resultados o efectos que tiene el desarrollo de una práctica avanzada, es decir, cómo el hecho de emplear estudios de investigación (aplicando sus hallazgos) afecta la práctica asistencial.

Y el último conlleva una serie de competencias que implican que la enfermera se involucre más activamente en la **realización** de estudios de investigación, identificando posibles problemas o preguntas de investigación y colaborando en su desarrollo.

Como se puede observar, una enfermera de rol avanzado no debería centrarse sólo y exclusivamente en la realización de una EBE, que sería lo descrito en el primer punto. También tendrá que adquirir competencias relacionadas con los otros dos aspectos anteriormente mencionados. En muchas ocasiones, el empleo o desarrollo de una de estas competencias podrá solaparse o complementarse con el de las demás, tal y como se describe en el diagrama. Por ejemplo, la competencia de evaluación en la práctica individual (1) se basa en la mejor evidencia disponible (2), y por lo tanto, requiere tener experiencia y haber desarrollado competencias investigadoras (3), reforzando la habilidad para evaluar la evidencia e interpretar datos (1).

Hamric et al. (2005) describen la adquisición de estas tres competencias a dos niveles. Un nivel básico, es decir, a un nivel en el que se incluirían actividades que se esperarían de un recién graduado en un programa de master, y un nivel más amplio que se adquiriría a través de la experiencia y la iniciativa individual conforme se desarrolla el rol avanzado a lo largo del tiempo.

Estas tres competencias requieren de un conocimiento y de unas habilidades específicas relacionadas con la realización y la utilización de la investigación. Por lo tanto, tienen que ser el centro de atención cuando se diseñan programas de formación de una enfermera de rol avanzado, en la práctica individual y en la planificación e implementación del rol avanzado, y en los distintos ámbitos asistenciales.

## Conceptos relacionados con la PBE.

El término de PBE está relacionado con diferentes conceptos que se han empleado a lo largo del tiempo. Uno de los más utilizados es el de **medicina basada en la evidencia**, definido por Sackett et al.(1996) como "el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia que exista en la actualidad acerca del cuidado de cada paciente. La práctica de la medicina basada en la evidencia significa integrar la práctica clínica individual con la mejor evidencia clínica externa que proviene de investigaciones sistemáticas".

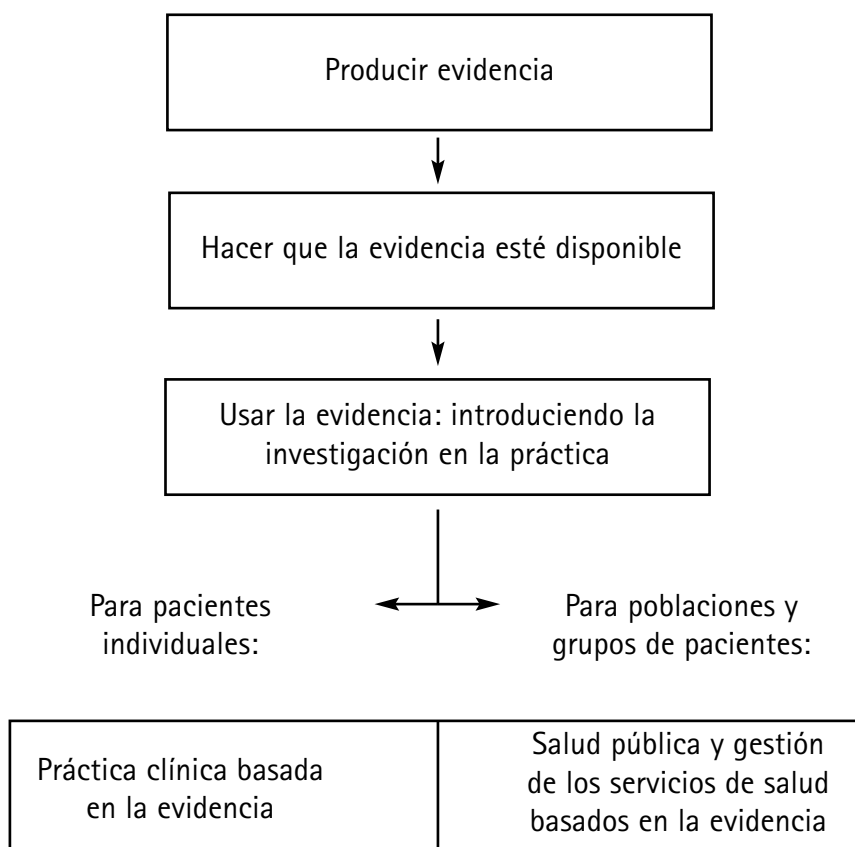
De la evolución de este término surge el concepto de **PBE** cuya principal ventaja con respecto al anterior es que reconoce la naturaleza interdisciplinaria de los cuidados de salud, en el cual la medicina es sólo una parte. Este concepto se ha definido de distintas formas. Por ejemplo, como el método de resolución de problemas que incluye identificar el problema clínico, la búsqueda de la literatura, la evaluación de la evidencia y la decisión sobre la intervención a realizar (White, 1997). También se podría definir como el uso de los resultados de investigación para determinar el enfoque general del cuidado, las formas específicas de actuación y las recomendaciones para pacientes individuales (Brown, 1999).

Otro de los conceptos dentro de este ámbito es el de **atención de salud basada en la evidencia** que se define como el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de los individuos, grupos y poblaciones (Griffiths, 1999). Este último concepto aunque no tan generalizado, tiene la ventaja de que incluye de forma explícita no sólo a pacientes individuales, sino también a

grupos y poblaciones por lo que es de especial relevancia para los profesionales que desarrollan el rol avanzado en el ámbito comunitario.

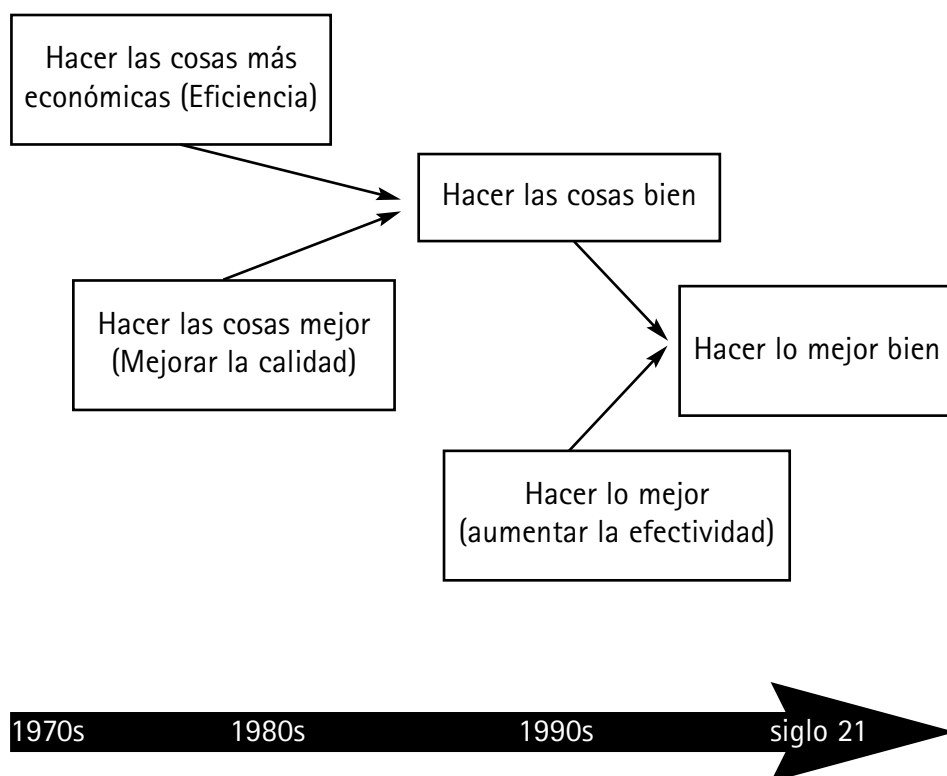
La atención de salud basada en la evidencia tiene tres etapas (Gray, 2001). La primera, la producción de la evidencia. La segunda consistiría en hacer que la evidencia esté disponible. La última se referiría al uso de la evidencia, aplicando la investigación en la práctica. Este uso de la evidencia se haría tanto en el caso de pacientes individuales cuando se realiza una práctica clínica basada en la evidencia, como en el caso de poblaciones y grupos de pacientes cuando se trabaja con temas de salud pública y gestión de los servicios de salud basados en la evidencia tal y como se resume en el diagrama 2.

**Diagrama 2. Etapas en la atención de salud basada en la evidencia.**



El propio concepto de medicina basada en la evidencia ha ido evolucionando a lo largo de las cuatro décadas en las que se ha venido utilizando. Surgió con una idea de hacer más económico el sistema sanitario y de que los recursos se empleasen mejor, es decir, su significado estaba asociado a la eficiencia. Ha pasado por etapas en las que el énfasis estuvo en que las cosas se hicieran mejor, esto es, en mejorar la calidad. En los 80, se enfatizó la combinación de los dos conceptos anteriores de eficiencia y calidad con el objetivo de "hacer las cosas bien". Fue casi en los 90 cuando se utilizó buscando un aumento de la efectividad y en las dos últimas décadas se le ha otorgado un significado que ligaba la efectividad con el deseo de hacer las cosas bien, para referirse al hecho de hacer lo mejor y hacerlo a su vez bien (ver diagrama 3).

**Diagrama 3. La evolución de la medicina basada en la evidencia.**



La medicina basada en la evidencia no ha estado tampoco exenta de objeciones y ha sido criticada por varias razones. Las dos objeciones principales que se han esgrimido es que los médicos no son abogados, economistas, ni actuarios por un lado y el hecho de que no se pueden aplicar "promedios" a casos específicos. Ambas objeciones se pueden rebatir fácilmente. En el primer caso, si bien los médicos no son abogados, tienen la responsabilidad de asegurarse de que sus pacientes reciben la mejor atención posible al menor coste posible para poder continuar con una atención de salud sostenible. Esto implica registrar lo que se hace y conocer lo que ya han registrado o investigado otros. La segunda objeción no se justifica si se utilizan definiciones de la PBE, como la mencionada anteriormente de Brown (1999), en la que se destaca no solo el enfoque general del cuidado, sino también las formas específicas de actuación y las recomendaciones para pacientes individuales.

Otro tipo distinto de objeciones han surgido ante situaciones de incredulidad en las que se prefiere atribuir lo que sucede al azar o los accidentes, se argumenta que no es posible controlar determinadas situaciones o no se está dispuesto a descartar cuidados "validados" por la tradición/experiencia en base a datos o cálculos hechos por otros. Este tipo de objeciones requieren de acciones de formación de los distintos profesionales y abordar cambios de actitud para que la PBE se incorpore a la práctica.

Existen también otro tipo de barreras más prácticas como por ejemplo el tiempo que se tarda en validar numéricamente las intervenciones, lo que dificulta la toma ágil de decisiones. También puede suceder que en muchas ocasiones no se disponga de resúmenes críticos de la evidencia disponible, es decir de revisiones sistemáticas, que permitan el acceso a una información resumida, fiable y de calidad de todo lo que se publica con respecto a un tema. Sin la existencia de estos resúmenes críticos, antes de proceder a la toma de decisiones, habría que revisar los estudios existentes con respecto al tema en cuestión y tampoco se facilitaría una toma rápida de decisiones.

Conocer las posibles barreras a las que se puede enfrentar la implantación de la PBE es esencial porque las actuaciones de las personas o de los equi-

pos en general están determinadas por tres variables, que son prerequisites para que se realice una buena toma de decisiones (Gray, 2001):

- El nivel de motivación del individuo/equipo (en relación directa).
- El nivel de competencia del individuo/equipo (en relación directa).
- Las barreras que el individuo/equipo tiene que superar para actuar bien (en relación inversa).

Solo abordando las tres variables conseguiremos que las actuaciones de los profesionales de la salud y la toma de decisiones con respecto a la práctica asistencial se basen en la evidencia. En definitiva, solo si los profesionales conocen, son capaces y quieren aplicar la evidencia científica y se eliminan sus prejuicios y las barreras institucionales, se podrá evitar poner en riesgo la salud de los individuos y de los grupos cuando se toman decisiones y darles la mejor atención posible sin gastos innecesarios para el sistema sanitario.

Otro de los aspectos que es necesario abordar es el concepto de "evidencia" en la PBE (Guyatt et al., 2008). La evidencia proviene del conocimiento científico, más específicamente de los estudios de investigación que se han llevado a cabo en el pasado. Sin embargo, hay que destacar que no todos los estudios de investigación son iguales a la hora de tomar decisiones en la práctica. Por este motivo, se ha creado una jerarquía de estudios, en la que dependiendo del tipo de estudios de los que se disponga, lo que estos concluyan se considera más relevante y fiable para la práctica, y por lo tanto para la toma de decisiones. Esta jerarquía de estudios es la siguiente (Howick, 2009):

- 1a Revisiones sistemáticas.
- 1b Ensayos clínicos aleatorios individuales.
- 2a Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes.

- 2b Estudios de cohortes individuales.
- 3a Revisiones sistemáticas de estudios de casos y controles.
- 3b Estudios de casos y controles individuales.
- 4 Series de casos.
- 5 Opiniones de expertos.

Como se puede observar en la clasificación anterior, en la cima de la jerarquía se encuentran las revisiones sistemáticas que son revisiones de la literatura que sirven para localizar, analizar y sintetizar la evidencia proveniente de estudios científicos, para dar respuestas empíricas a cuestiones de investigación científica (Khan et al., 2001). Las revisiones sistemáticas difieren de las revisiones tradicionales en que usan una metodología científica y transparente que se puede replicar, teniendo como objetivo principal eliminar sesgos (Stevens, 2001). Las revisiones sistemáticas evalúan todos los estudios de investigación con respecto a la pregunta a la que interesa dar respuesta, siendo los ensayos clínicos aleatorios lo que más peso tienen, dentro de los distintos diseños posibles.

Recientemente se ha creado una nueva clasificación en la que la jerarquía de la evidencia científica se ha relacionado con tipos de preguntas específicas a las que los profesionales necesitan dar respuesta para la toma de decisiones prácticas. Esta nueva clasificación ayuda a la realización de búsquedas de la evidencia, y a clasificar la evidencia encontrada dependiendo de la naturaleza de la pregunta a la que se desea responder, para concluir si se dispone de un nivel alto, moderado, bajo o muy bajo de evidencia (Chalmers et al., 2010).

## La evidencia y la asistencia.

Cualquier profesional de la salud tiene que realizar las siguientes reflexiones: ¿Se basa mi práctica en la evidencia?, es decir, si se piensa en situaciones clínicas recientes ¿cómo se han tomado las decisiones y en qué se ha basado esa toma de decisiones?

Para poder tomar decisiones en la práctica utilizando la evidencia, el primer paso consiste en definir bien las preguntas a las que necesitamos dar respuesta. No se trata de hacer búsquedas generales acerca de un tema, sino de tener una pregunta o problema bien definidos que permitan buscar y encontrar los estudios realmente relevantes para evaluarlos y poder utilizarlos en la toma de decisiones.

Así los elementos principales relacionados con la evidencia en el ámbito de la salud son:

- Delimitar bien las preguntas o los problemas.
- Buscar y encontrar la mejor evidencia (búsquedas sistemáticas de la literatura).
- Evaluar la evidencia (evaluación crítica y síntesis en forma de revisiones sistemáticas).
- Implementar la evidencia (utilizar la evidencia para la toma de decisiones).
- Producir evidencia.
- Evaluar cambios en la práctica.

Los dos últimos aspectos no son propios de la PBE en sí misma, pero son necesarios para el desarrollo científico, el avance de la práctica y la toma de decisiones futuras.



El primer aspecto, delimitar bien las preguntas o los problemas, es esencial para poder posteriormente buscar, encontrar, evaluar e implementar la evidencia disponible. Para poder hacerlo una enfermera de rol avanzado tiene que identificar problemas que surjan de la práctica, identificar lagunas en el conocimiento relacionados con esas preguntas, formular preguntas que puedan ser respondidas por la evidencia, ser específica con lo que se busca y utilizar estrategias que ayuden a encontrar la evidencia.

## ¿Cómo promover la PBE?

La realización de una PBE está relacionada con otros atributos, algunos de ellos desarrollados en otras ponencias de esta Jornada, y por lo tanto para promoverla será necesario que una enfermera de rol avanzado también desarrolle los demás atributos.

Además para poder desarrollar una PBE, una enfermera de rol avanzado necesita el apoyo de la organización y que esta mantenga y promueva una cultura receptiva al cambio y facilite la práctica de la EBE. Las características organizacionales de los servicios de salud y la falta de visión, estrategia y dirección por parte de los gestores son las barreras más significativas para el uso de la investigación por parte de las enfermeras (Parahoo, 2000). Otras de las barreras, que se podrían evitar con el desarrollo de todos los atributos del rol, son la falta de interés, motivación o de líderes.

Si se desea dar la mejor atención posible y proporcionar los mejores cuidados es necesario dejar de basar la toma de decisiones en la experiencia, en la tradición, o en el conocimiento anticuado. Es necesario diseminar entre las enfermeras la evidencia para que estas puedan debatir con colegas utilizando el conocimiento científico. Los investigadores y los docentes también son responsables de este desarrollo, los primeros haciendo accesible la investigación y los segundos educando usando la evidencia en su propia docencia. También es importante cuidar aspectos más prácticos como el acceso a las bibliotecas y la ayuda de los bibliotecarios para facilitar la explotación de los recursos relacionados con las fuentes de evidencia.

## Conclusiones.

Basar la práctica en la evidencia es esencial para el desarrollo de una práctica avanzada por parte de los profesionales de la salud. Para la enfermería es de especial relevancia por la obligación social que tiene de ser responsable con su labor asistencial, para mantener la credibilidad ante otros profesionales y los propios pacientes y para construir una base sólida de conocimientos que puedan informar a las políticas de salud a niveles gubernamentales (DiCenso, 2003). Desarrollar un rol de Enfermería con los atributos relacionados con la investigación que se han descrito, ayudaría a lograr que la práctica se basara en la evidencia y permitiría no sólo una mejora en los cuidados sino también el avance de la profesión.

## Bibliografía.

BROWN, S. J. (1999) *Knowledge for health care practice: A guide to using research evidence*, Philadelphia, W.B Saunders.

CHALMERS, I., GLASZIOU, P., GREENHALGH, T., HENEGHAN, C., HOWICK, J., LIBERATI, A., MOSCHETTI, I., PHILLIPS, B. & THORNTON, H. (2010) Steps in finding evidence ("Levels") for different types of question. [http://www.cebm.net/mod\\_product/design/files/CEBM-Levels-of-Evidence-2.pdf](http://www.cebm.net/mod_product/design/files/CEBM-Levels-of-Evidence-2.pdf).

DICENSO, A. (2003) Evidence-based nursing practice: how to get there from here. *Nursing leadership*, 16, 20-6.

GRAY, M. (2001) *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*, Scotland Churchill Livingstone.

GRIFFITHS, P. (1999) The challenge of implementing evidence-based health care. *British Journal of Community Nursing*, 142-148.

GUYATT, G. H., OXMAN, A. D., VIST, G. E., KUNZ, R., FALCK-YTTER, Y., ALONSO-COELLO, P. & SCHUNEMANN, H. J. (2008) GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336, 924-6.

HAMRIC, A. B., SPROSS, J. A. & HANSON, C. M. (2005) *Advanced practice nursing: an integrative approach*, St. Louis, Saunders. Elsevier.

HOWICK, J. (2009) Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998. Updated by Jeremy Howick March 2009. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.

KHAN, K., TER RIET, G., GLANVILLE, J., SOWDEN, A. & KLEIJNEN, J. (2001) Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness. CRD's Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York.

PARAHOO, K. (2000) Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of advanced nursing*, 31, 89-98.

PROFETTO-MCGRATH, J., NEGRIN, K. A., HUGO, K. & SMITH, K. B. (2010) Clinical nurse specialists' approaches in selecting and using evidence to improve practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 7, 36-50.

SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 71-72.

STEVENS, K. (2001) Systematic Reviews: the heart of evidence-based practice. *American Association Of Critical-Care Nurses*, 12, 529-538.

WHITE, S. J. (1997) Evidence-based practice and nursing: the new panacea? *British Journal of Nursing*, 6, 175-8.



# COLABORACIÓN Y LIDERAZGO

Autora:

**Dra. María Jesús Pumar Méndez**

Profesora Auxiliar. Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno-Infantil.

Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

mpumarme@unav.es

## **Introducción.**

La colaboración y el liderazgo son dos atributos esenciales del Rol Avanzado en Enfermería (Hamric 2005). Analizar a fondo conceptos como la colaboración y el liderazgo es una tarea compleja (Marquis & Huston 2009). El presente trabajo se limita a definir y justificar la importancia de los conceptos de colaboración y liderazgo desde el punto de vista de la Práctica Avanzada en Enfermería y a examinar algunos factores identificados reiterativamente en la literatura como precursores de su ejercicio efectivo.

## **El concepto de colaboración: Qué es y qué no es.**

Hanson y Spross (2005a) definen la colaboración como un:

"proceso dinámico e interpersonal en el que dos o más individuos se comprometen a interactuar con autenticidad y constructivamente para resolver problemas, aprender los unos de los otros y lograr metas preestablecidas" (Pág. 344).

En ésta definición se destaca que la colaboración se trata de un proceso flexible que supone interacción social y comunicación entre los individuos implicados (Hanson & Spross 2005a). Así mismo, se hace explícito que el ejercicio de la colaboración exige compromiso con el mantenimiento de una actitud asertiva y productiva. Ésto significa que frente a una situación de desacuerdo, lejos de adoptar una actitud pasiva, los individuos implicados deben compartir y defender sus puntos de vista, aunque siempre manteniendo una actitud no agresiva, respetuosa y movida por un afán de logro del objetivo común (Hanson & Spross 2005a, D'Amour & Oandasan 2005). Por último, la definición de colaboración de Hanson y Spross (2005a), pone de manifiesto los múltiples fines de la colaboración. Así, los fines de la colaboración no se reducen a la resolución de problemas puntuales o el logro de metas concretas, si no también al crecimiento personal y el aprendizaje mutuo entre los individuos implicados.

Entender el concepto de colaboración como un proceso flexible, interpersonal, comprometido y conducente a la conquista de objetivos tanto organizacionales como personales nos ayuda a entender la diferencia entre el concepto de colaboración y otros conceptos que, aunque relacionados y utilizados de forma equivalente, no tienen el mismo significado. Por ejemplo, la práctica de la colaboración no es meramente un **intercambio de información** (Hanson & Spross 2005a). Implica además un análisis conjunto de esa información que de lugar a una toma de decisiones compartida entre los colaboradores (Hanson & Spross 2005a, Petri 2010, Vazirani *et al.* 2005, Zwarenstein & Bryant 2000).

La colaboración, no se refiere tampoco a un proceso de **coordinación**, o de reparto de tareas, con el fin de mejorar la eficiencia de servicio a través de la eliminación de duplicaciones. Tampoco es un proceso de **derivación**, o delegación de tareas en otros profesionales cualificados para asumir dichas tareas (Hanson & Spross 2005a). Tampoco se debe confundir la colaboración

con procesos de **consulta** (Barron & White 2005, Hanson & Spross 2005a). En un proceso de consulta un profesional puede recibir consejo de otro acerca de cómo manejar un caso determinado pero retiene la responsabilidad final sobre la toma de decisiones relativa a su manejo (Barron & White 2005). En resumen, la característica clave, distintiva y definitoria de la colaboración es la corresponsabilidad en la toma de decisiones de todos los colaboradores implicados (Hanson & Spross 2005a, Petri 2010, Vazirani *et al.* 2005, Zwarenstein & Bryant 2000).

### **La necesidad de colaboración entre profesionales de la salud.**

Lograr corresponsabilidad en la toma de decisiones en el ámbito clínico no es una tarea fácil. Por el contrario, requiere un esfuerzo explícito por parte de profesionales que frecuentemente cuentan con diferente formación, experiencias, intereses y visiones sobre los conceptos de salud y enfermedad (Barr 2000, Drinka & Clark 2000). Persistir en este esfuerzo se convierte en un imperativo ético si se tienen en cuenta los beneficios que se asocian a la colaboración, así como los efectos negativos derivados de la ausencia de colaboración. No en vano la evidencia sugiere que la colaboración entre profesionales de la salud mejora:

- La continuidad de la atención, a través de una mejora patente en la gestión de la información que barajan los distintos profesionales (Health Council of Canada 2005).
- La eficiencia en la prestación de servicios de salud, a través de la reducción de duplicaciones en la prestación de servicios (Curley 1998, Health Council of Canada 2005).
- La satisfacción tanto de usuarios como de profesionales sanitarios (Blegen *et al.* 1995, Cook 1998, Curley 1998, Rosenstein 2002).
- La seguridad del paciente y calidad de la atención (Blegen *et al.* 1995, Sutcliffe *et al.* 2004, Williams *et al.* 2007).

La importancia de estas mejoras es incontestable. Más debatible son los métodos para conseguir desarrollar una colaboración efectiva.

### **Precusores de la colaboración efectiva.**

La literatura en el campo de la Practica Avanzada en Enfermería cita reiterativamente cinco condiciones como precursoras del establecimiento de una colaboración efectiva: la definición clara de un propósito común; el fomento de confianza y respeto entre los colaboradores; el conocimiento y apreciación del rol propio y ajeno; la competencia clínica; la competencia interpersonal; y la apertura al conocimiento (Conger & Craig 1998, Hanson & Spross 2005a).

A la hora de fomentar el establecimiento de una colaboración efectiva, además de reconocer la esencialidad de las condiciones citadas anteriormente, conviene tener presente dos premisas inexorables. La primera se refiere a la realidad de que la colaboración implica grupos de personas; mientras que la segunda nos recuerda que la capacidad de influir en el comportamiento de grupos de personas implica capacidad de liderazgo. Estas dos premisas acarrearán que los profesionales que en su práctica diaria deban fomentar la colaboración efectiva entre sus colaboradores (como es el caso de las enfermeras con Rol Avanzado) necesitan desarrollar habilidades de liderazgo de grupos.

### **Habilidades que debe desarrollar la enfermera con Rol Avanzado para el liderazgo de grupos.**

La literatura señala cinco habilidades asociadas al ejercicio de un liderazgo exitoso como especialmente relevantes para las enfermeras con Rol Avanzado (Hanson & Spross 2005b). En primer lugar, la literatura sugiere que la enfermera con Rol Avanzado capaz de liderar grupos es aquella que tiene **visión**. Contar con visión supone tener capacidad para identificar la posición a la que se quiere hacer llegar al grupo pensando "en grande", es decir, pensando de manera creativa o contemplando alternativas a la manera tradicional de hacer las cosas y pensando a largo plazo y no sólo guiados por las necesidades inmediatas (Hanson & Spross 2005b, Husting 1996).



Contar con visión significa además ser capaz de idear no solamente la posición hacia donde debe dirigir al grupo, si no también el modo en que va a conseguir la movilización del grupo hasta esa posición. Esto requiere conocimiento, tanto de las personas lideradas como de las dinámicas sociales que se dan entre ellas, que permita identificar posibles resistencias al cambio y estrategias para minimizar o solventar dichas resistencias (Husting 1996, Marquis & Huston 2009).

Además de visión, la enfermera con Rol Avanzado líder debe contar con **capacidad reflexiva**. El líder efectivo debe reflexionar sobre el modo en que el grupo evoluciona y responde a su liderazgo. Así mismo, debe ser capaz de reflexionar sobre el estilo de liderazgo que esta empleando y si éste es el más adecuado para movilizar al grupo concreto que lidera, con las circunstancias concretas en las que se encuentra ese grupo (Hanson & Spross 2005b, Husting 1996, Marquis & Huston 2009).

La **competencia interpersonal** es el tercer aspecto que debe desarrollar la enfermera con Rol Avanzado para poder convertirse en un líder efectivo (Hanson & Spross 2005b). La competencia interpersonal incluye contar con habilidades para la persuasión, la motivación y la comunicación. Así mismo, ostentar competencia interpersonal supone ser capaz de proceder con empatía, asertividad, cordialidad, inteligencia emocional y, muy importante, con humor (Hall 2005, Hanson & Spross 2005b, Petri 2010).

El cuarto aspecto que debe desarrollar la enfermera con Rol Avanzado para poder convertirse en un líder efectivo es la habilidad para el **mentorazgo** (Hanson & Spross 2005b). El buen mentor es capaz de instruir, guiar y ayudar a las personas en la adquisición de nuevas habilidades profesionales, es decir, es capaz de fomentar el desarrollo profesional de sus mentorizados (Spross 2005).

La habilidad para el **boundary management** (o en una mala traducción al castellano para el **manejo de límites**), es la quinta habilidad señalada en la literatura como clave para el desempeño del liderazgo desde un perfil de enfermera con Rol Avanzado (Hanson *et al.* 1999, Hanson & Spross 2005b). El manejo de límites se refiere a la capacidad para ampliar o restringir el

campo práctico propio, de acuerdo a lo que es más conveniente para la consecución de los objetivos grupales. En otras palabras, la capacidad para, por una parte rechazar nuevos encargos cuando éstos pueden distraer del objetivo marcado para el grupo, y por otra parte asumir aquellas competencias que pueden favorecer o agilizar su consecución (Hanson & Spross 2005b).

## Conclusiones.

En conclusión, la colaboración y el liderazgo son dos atributos esenciales del Rol Avanzado en Enfermería. Más concretamente, en el ámbito de la Practica Avanzada en Enfermería, la colaboración ha de ser entendida como un proceso flexible, interpersonal, comprometido y conducente a la conquista de objetivos tanto organizacionales como personales. Entre los facilitadores de dicho proceso colaborativo destaca la capacidad de liderazgo de los cabezas de grupo. Ésta asociación entre la capacidad de liderazgo de los cabezas de grupo y la efectividad de la colaboración entre los miembros de dicho equipo deja patente la estrecha relación que existe entre los distintos atributos que caracterizan el Rol Avanzado en Enfermería. Teniendo en cuenta que los atributos de colaboración y de liderazgo no son innatos sino que se pueden aprender es importante conocer y estudiar sus precursores.

## Referencias.

Barr, H. (2000) Cultivating Collaboration Worldwide.  
<<http://www.caipе.org.uk/publications.html>>

Barron, A. & White, P. A. (2005) Consultation. En: A. B. Hamric, J. A. Spross, C. M. Hanson, (eds.) *Advanced practice nursing: An integrative approach*, 3ª Ed., pág.225-255. Elsevier Saunders: St. Louis.

Blegen, M. A., Reiter, R. C., Goode, C. J., & Murphy, R. R. (1995) Outcomes of hospital-based managed care: A multivariate analysis of cost and quality. *Obstetrics & Gynaecology*, 86 (5): 809-814

Cook, T. H. (1998) The effectiveness of inpatient case management: fact or fiction?. *The Journal of Nursing Administration*, 28 (4): 36-46

Conger, M., & Craig, C. (1998) Advanced nurse practice: A model for collaboration. *Nursing Case Management*, 3(3): 120-127

Curley, C., McEachern, J. E., & Speroff, T. (1998) A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards: an intervention designed using continuous quality improvement. *Medical Care*, 36 (Supl. 8): AS4-A12

D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005) Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Supl. 1): 8- 20

Drinka, T. J. K. & Clark, P. G. (2000) *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*. Auburn House: Westport

Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* (Supl. 1) 188-196

Hamric, A. B. (2005) A Definition of Advanced Practice Nursing. En: A. B. Hamric, J. A. Spross, C. M. Hanson, (eds.) *Advanced practice nursing: An integrative approach*, 3ª Ed., págs.85-108. Elsevier Saunders: St. Louis

Hanson, C., Boyle, J., Hatmaker, D. & Murray, J. (1999) *Finding your voice as a leader*. American Academy of Nursing: Washington

Hanson C. M. & Spross J. A. (2005a) Collaboration. En: A. B. Hamric, J. A. Spross, C. M. Hanson, (eds.) *Advanced practice nursing: An integrative approach*, 3ª Ed., págs.341-378. Elsevier Saunders: St. Louis

Hanson C. M. & Spross J. A. (2005b) Clinical and Professional Leadership. En: A. B. Hamric, J. A. Spross, C. M. Hanson, (eds.) *Advanced practice nursing: An integrative approach*, 3ª Ed., págs.301-339. Elsevier Saunders: St. Louis

Health Council of Canada (2005) *Health care renewal in Canada: Accelerating change*. Health Council of Canada: Toronto

Husting, P. M. (1996) Leading work teams and improving performance. *Nursing Management*, 27(9): 35-38

Marquis, B. & Huston, C. (2009) *Leadership roles and management functions in nursing. Theory and application*. (6ª Ed.). Lippincott: Philadelphia

Petri, L. (2010) Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45 (2): 73- 82

Rosenstein, A. H. (2002) Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing*, 102(6): 26- 34

Spross, J. A. (2005) Expert Coaching and Guidance. En: A. B. Hamric, J. A. Spross, C. M. Hanson, (eds.) *Advanced practice nursing: An integrative approach*, 3ª Ed., págs.187-223. Elsevier Saunders: St. Louis

Sutcliffe, K. M., Lewton, E., & Rosenthal, M. M. (2004) Communication failures: An insidious contributor to medical mistakes. *Academic Medicine*, 79(2):186- 194

Vazirani, S., Hays, R. D., Shapiro, M. F. & Cowan, M. (2005) Effect of multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1): 71- 77

Williams, R. G., Silverman, R. D., Schwind, C., Fortune, J. B., Suttyak, J., Horvath, K. D., Van Eaton, E. G., Azzie, G., Potts, J. R., Boehler, M., & Dunnington, G. L. (2007) Surgeon Information Transfer and Communication: Factors Affecting Quality and Efficiency of Inpatient Care. *Annals of Surgery*, 245(2): 159-169

Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000) Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. The Cochrane Collaboration, 3. <<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/rel0001/CD000072/frame.html>>

# DIFERENCIAS ENTRE PERFILES ENFERMEROS: PRÁCTICA AVANZADA, ENFERMERÍA ASISTEN- CIAL Y GESTIÓN

Autora:

**Dra. Mari Carmen Portillo**

Profesora Adjunta/Contratado Doctor. Facultad de Enfermería.

Universidad de Navarra.

mportillo@unav.es

Este capítulo aborda un tema clave sobre el que hay mucho debate en la literatura relacionada con la Práctica Avanzada en Enfermería: los diferentes perfiles enfermeros: práctica avanzada, enfermería asistencial y gestión. Puede también considerarse de gran relevancia en España donde es ahora cuando están emergiendo estos temas y con el desarrollo de los programas de posgrado, comienza a verse la necesidad de desarrollar una enfermería con una visión más avanzada y con unos atributos que proporcionen las herramientas para poder cambiar y mejorar la práctica desde la investigación y la enfermería basada en la evidencia. El reto de diferenciar estos perfiles enfermeros es difícil por el tipo de evidencia disponible que está relacionada con el tema pero no lo aborda directamente.

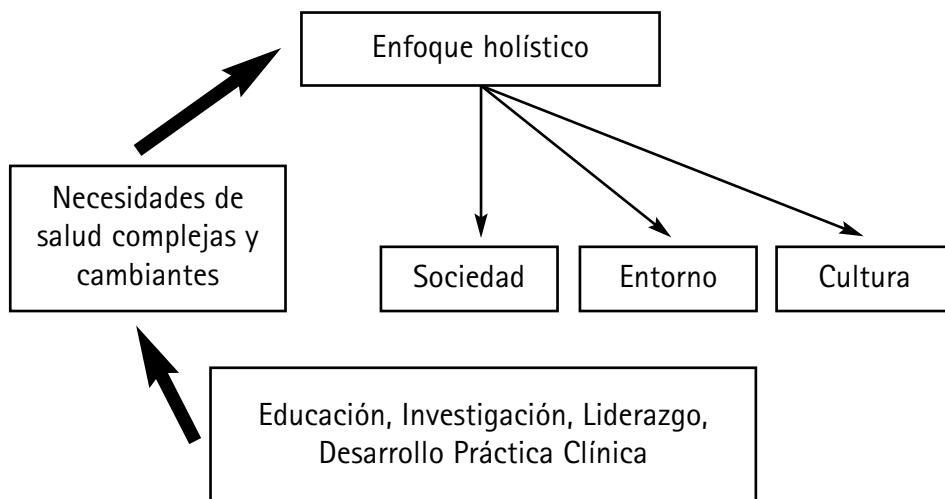
Por ello se presenta en este capítulo un análisis de contenido de la literatura que ayudará a entender mejor las diferencias y las similitudes entre estos perfiles y las posibles vías de colaboración entre ellos para potenciar al máximo la disciplina enfermera.

## Introducción y situación actual.

La necesidad de desarrollar la práctica de Enfermería es un fenómeno global que se está debatiendo en muchos países. El sistema de Salud es tan cambiante que es cada vez más importante dirigir continuamente la práctica hacia los beneficios del consumidor. Esto es lo que siempre ha buscado la disciplina de enfermería. Tanto la profesión de Enfermería como el ámbito práctico en el que nos movemos son dinámicos porque se adaptan teórica y científicamente a las necesidades cambiantes de la sociedad. En respuesta a estas necesidades la profesión de Enfermería constituye la médula espinal del sistema de cuidados de la salud. Desde el trabajo de una enfermera recién graduada hasta el de una enfermera con nivel avanzado (ANA 2003) se pueden abordar temas que son muy relevantes hoy en día, como el envejecimiento y sus consecuencias o el automanejo de una enfermedad crónica (Rose et al. 2003). Es por ello que todas las enfermeras, independientemente de si trabajan en la práctica clínica, educan, investigan, planifican programas en la comunidad o dirigen organizaciones, son valiosas y necesarias para integrar y desarrollar la profesión (Hanson & Hamric 2003).

El tema de estas jornadas es la Práctica Avanzada en Enfermería. En líneas generales podría definirse como un proceso continuo en el se utiliza el conocimiento expandido, la pericia clínica y la investigación para impulsar el campo de enfermería (Por 2008). En este sentido, las EPAs (enfermeras de práctica avanzada) de las que tanto se habla en las publicaciones de Estados Unidos y Reino Unido emergen para trabajar junto a las enfermeras asistenciales (en la práctica clínica directa) y así cubrir las necesidades complejas y cambiantes de los pacientes y sus familias de manera holística. Además, buscan explorar y explicar la importancia del entorno, la sociedad y la cultura en el manejo de la salud y cómo interactúan estos factores con las necesidades de pacientes y familiares (Conger & Craig 1998). Ver diagrama 1.

Diagrama 1. Enfoque Práctica Avanzada en Enfermería.



Analizando estas ideas generales sobre la Práctica Avanzada en Enfermería parece obvio que esta iniciativa no sólo provino de los gestores de los hospitales, sino también de los propios profesionales de enfermería que se veían limitados para abordar ciertos problemas y asumir responsabilidades nuevas sin una formación especializada. Estos problemas y responsabilidades están directamente relacionados con temas de educación, investigación, liderazgo y desarrollo de la práctica clínica y deben abordarse con una formación extra, como la que se adquiere en un nivel de Máster, en el que se desarrollen una serie de habilidades, conocimientos, pericia y actitudes que iremos viendo a lo largo de este capítulo (Hopwood 2006).

Aunque parece que las EPAs tienen competencias claramente definidas, existe bastante confusión en cuanto al significado, ámbito práctico, preparación, y expectativas de su rol, que crean todavía más confusión cuando se implica a otros profesionales de la salud en el desarrollo del rol (Daly & Carnwell 2003). Sin embargo, antes de desarrollar esta materia sería importante resaltar una idea que sí que está claramente establecida y que me parece que puede ser el hilo conductor de todo este trabajo y es que todos los profesionales de Enfermería, independientemente del nivel en el que trabajen, tienen el mismo objetivo: proporcionar CUIDADOS de calidad para

ayudar a pacientes y familiares a alcanzar, mantener y recuperar la salud, o a experimentar una muerte digna si es el caso.

## **Objetivos.**

Partiendo de esta idea y viendo que la situación actual de la práctica avanzada en España dista mucho de la de otros países, se plantean para este trabajo los siguientes objetivos:

1. Presentar un esquema de las principales diferencias entre los perfiles enfermeros: enfermería asistencial, Práctica Avanzada en Enfermería y gestión.
2. Analizar los principales factores que influyen en el éxito o fracaso del desarrollo del rol avanzado en enfermería en relación a los otros perfiles profesionales.
3. Reflexionar sobre algunos conflictos que surgen en el proceso de colaboración de los tres perfiles enfermeros en la práctica, y las estrategias para superarlos.

## **Diferentes perfiles Enfermeros con el mismo concepto de Enfermería.**

En relación al primer objetivo de esta conferencia parece necesario mostrar una visión muy gráfica y general de las principales diferencias entre los perfiles porque, a lo largo de este libro, algunas ya han sido tratadas en las distintas presentaciones sobre el concepto de Práctica Avanzada en Enfermería y sus principales atributos.

A pesar de los continuos esfuerzos de los autores en la literatura para describir la Práctica Avanzada en Enfermería, estos no reflejan las similitudes o diferencias que hay entre una enfermera asistencial, una supervisora y una EPA, ni tampoco qué hace que cada perfil sea único.



A continuación se presenta brevemente una descripción de lo que representa cada perfil.

## **Perfiles.**

### **1. Enfermería asistencial.**

En la literatura se refieren a la enfermería asistencial como enfermería básica (Hopwood 2006). Esta denominación se debe a que constituye el primer nivel en el que una enfermera puede trabajar después de graduarse. El siguiente nivel sería la especialidad en un área de Enfermería. Hay un amplio abanico de contextos en los que las enfermeras que están a este nivel pueden trabajar, y eso es algo universal en todos los países.

El objetivo de la enfermería básica no difiere del de la práctica avanzada ya que es como se ha dicho antes promover la salud, prevenir la enfermedad, ayudar a recuperar la salud después de una enfermedad e intentar proporcionar una muerte tranquila, es decir ambas cuidan de pacientes y familiares. También es cierto que en este nivel pueden iniciarse tratamientos o cuidados de manera independiente o coordinarse con otros profesionales o con EPAs para desarrollar otras actividades.

### **2. Gestión.**

El liderazgo y los aspectos más administrativos y de gestión del rol avanzado en enfermería pueden crear confusión con otros puestos de gestión como el de la supervisora de una unidad o supervisora general de varias unidades. A pesar de esto, una EPA y una supervisora de enfermería no tienen las mismas funciones (aunque deben trabajar conjuntamente). Esto no quiere decir que una supervisora no pueda convertirse en una EPA y adquiera otras responsabilidades y competencias a parte de las que ya tenía en gestión. Según Williams et al 2001, las supervisoras son enfermeras con gran experiencia práctica que realizan un trabajo que va más allá de la práctica clínica directa. Su rol requiere especialmente aclaración en cuanto a cómo puede potenciar el trabajo de los otros dos perfiles (como se verá más adelante). Es decir facilitan el cuidado más que proveerlo porque emplean

mucho más tiempo en actividades más relacionadas con la gestión y el desarrollo y formación del personal, que con el cuidado directo del paciente o la investigación. Tanto la enfermera asistencial como la EPA trabajan en colaboración con la enfermera de gestión (supervisora/enfermera gestora).

### 3. Práctica Avanzada en Enfermería.

Aunque ya se ha mencionado que hay varios roles dentro de la Práctica Avanzada en Enfermería Enfermera Clínica Especialista (Clinical Nurse Specialist), Enfermera Practicante (Nurse Practitioner), Enfermeras matronas (Certified Registered Midwifery Nurse), Enfermera Anestesista (Certified Registered Nurse Anesthetists) (Hamric et al. 2009), en este capítulo se hará referencia a la Práctica Avanzada en Enfermería de la Enfermera Clínica Especialista que se aproxima más a lo que se está intentado desarrollar a través del Máster en Investigación y Rol Avanzado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra y que se trata del primer rol de EPA descrito, implantado y evaluado (Glen & Waddington 1998). El primer punto que hay que resaltar antes de explicar lo que caracteriza a una EPA es que todas las EPAs son ante todo enfermeras (Elsom et al. 2006). Estas enfermeras buscan extender y expandir sus conocimientos básicos de enfermería para así poder avanzar en la práctica y desarrollar su rol, por lo tanto, no se quedan en la especialidad sino que van más allá.

En la literatura se refieren a tres niveles que indican que una enfermera asistencial podría alcanzar para convertirse en una EPA:

- *Extensión. Especialización (práctica extendida):* A través de la especialización los profesionales se concentran en un área de todo el campo profesional como puede ser Oncología, Neurología o Cuidados Paliativos. Para esto, muchas enfermeras realizan Masteres especializados en áreas concretas de interés adquiriendo un conocimiento profundo del tema. Sin embargo, una EPA no es lo mismo que una enfermera con especialidad, ya que las de práctica avanzada tienen una visión, pensamiento y experiencia de la enfermería diferente. Las EPAs buscan incluso de una manera silenciosa e invisible desarrollar la profesión, pensando siempre en el futuro de la enfermería y en mantener la esencia de enfermería en las innovaciones que pro-

pongan. A través de la extensión podrían adquirirse también otras habilidades o responsabilidades que no pertenecían anteriormente a enfermería sino a otra disciplina.

- *Expansión:* La expansión del saber tiene lugar cuando se adquiere nuevo conocimiento, competencias y habilidades prácticas que dan cierta autonomía al rol de enfermería en áreas que incluso pueden estar al límite con el conocimiento y habilidades de otros profesionales de la salud. Generalmente cuando alcanzan este nivel han conseguido antes una práctica extendida.

- *Avance de la práctica/desarrollo del rol:* En este caso es necesario alcanzar la expansión y la especialización integrando conocimiento teórico, práctico y de investigación, aplicándolas continuamente en responder a las necesidades de pacientes y familiares y en desarrollar el sistema de salud (Wongkpratoom et al. 2010). Por lo tanto, para desarrollar el rol es necesario antes alcanzar la extensión y expansión del saber.

## Niveles de actuación.

Considerando los tres niveles de desarrollo del rol (extensión, expansión y desarrollo del rol), nos encontramos que las EPAs alcanzan los tres como ya he dicho pero luego con respecto a los otros dos perfiles tendríamos.

### 1. Enfermería asistencial.

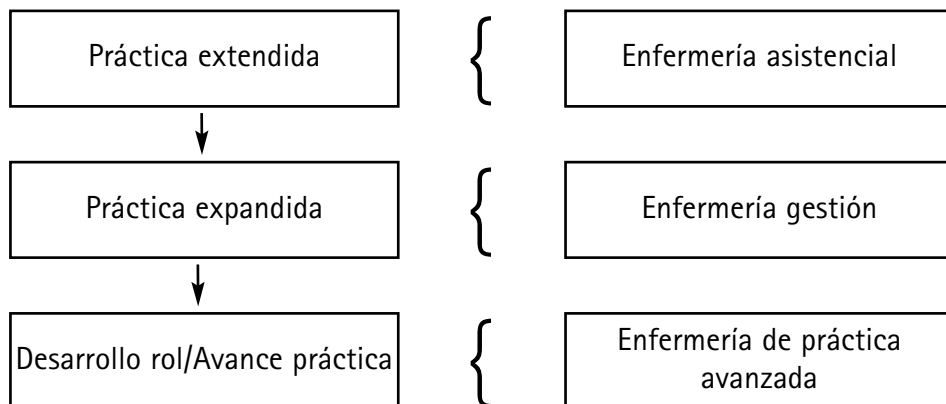
El caso de que una enfermera asistencial adquiriera nuevas habilidades (por ejemplo, tema prescripciones), esto extendería su práctica pero no la avanzaría.

### 2. Gestión.

En muchos casos se tratan de enfermeras que han alcanzado los dos primeros niveles de la práctica avanzada: extensión (especialización) y expansión (autonomía), pero faltan otra serie de requisitos que ya han sido mencionados que consiguen el último paso (desarrollo del rol y avance de la

práctica) (Daly & Carnwell 2003). Los diferentes niveles alcanzados por los perfiles enfermeros se presentan en el diagrama 2.

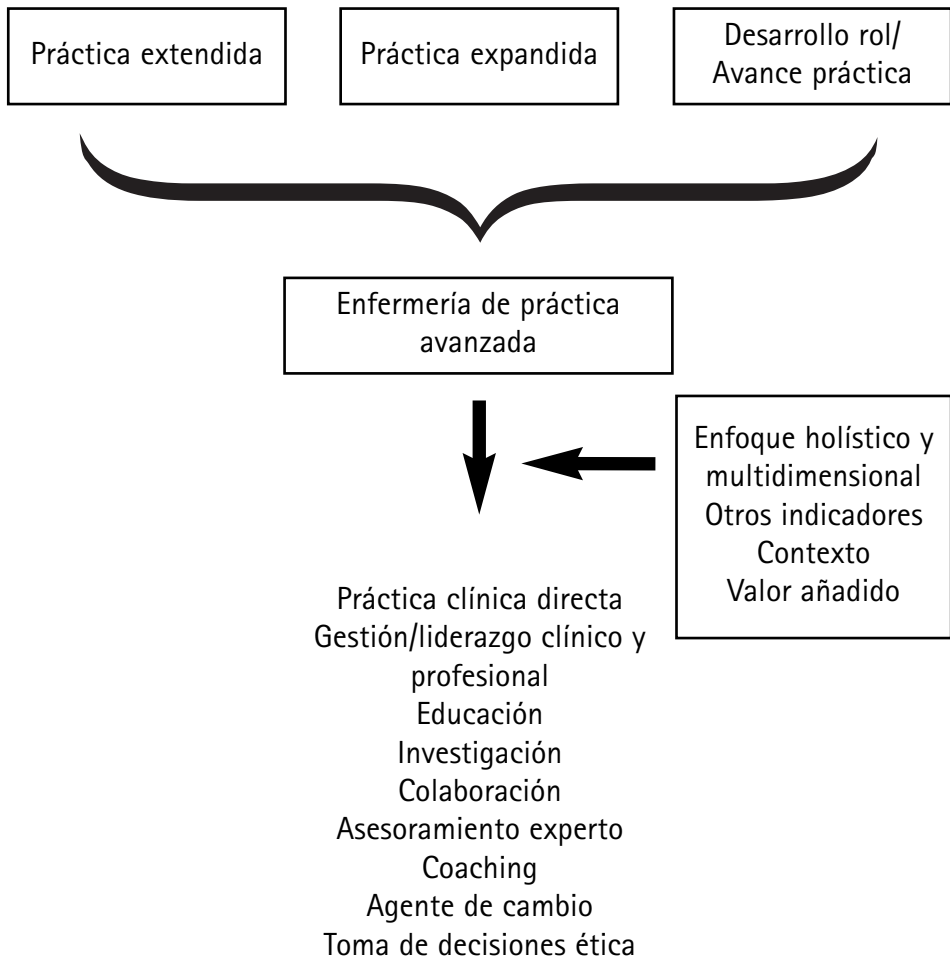
**Diagrama 2. Niveles de desarrollo del rol y los perfiles enfermeros**



### 3. Enfermera de Práctica Avanzada.

Si nos planteamos qué hace exactamente que el rol de una EPA difiera de los otros dos, tendríamos que concluir que la profesión de enfermería ha avanzado y puede avanzar a través de la educación de las enfermeras, la organización de los servicios de enfermería, la expansión del conocimiento de enfermería y el desarrollo de nuevas políticas de salud. Además, el diagrama 3 muestra lo que aporta el rol avanzado en enfermería y los atributos que mantienen dicho desarrollo.

Diagrama 3. Niveles de actuación de una EPA.



Los tres niveles en el desarrollo del rol avanzado de enfermería quedan reflejados en cada uno de los atributos que se han identificado como definitorios de la práctica avanzada (Hamric et al. 2009):

- Práctica clínica directa.
- Gestión/liderazgo clínico y profesional que implicaría la priorización y solución de problemas, el desarrollo de la autoridad y el apoyo emocional.
- Educación para velar por los derechos de los pacientes. Para ello se requiere confianza en uno mismo, asertividad, poder de convicción que se consiguen con el desarrollo de la pericia.
- Investigación.
- Colaboración que requiere excelentes habilidades de comunicación.
- Asesoramiento experto y preparación-ayuda (coaching) sirviendo de ejemplo a enfermeras asistenciales.
- Habilidades de agente de cambio para lo que se requiere innovar en los servicios y proponer y negociar cambios aplicando los resultados de la investigación.
- Toma de decisiones ética.

Más concretamente, el enfoque holístico del cuidado de la EPA se rige por marcos conceptuales a través de los que integran el cuidado y sus atributos como enfermeras de rol avanzado. Por ejemplo, el tema espiritual puede no ser una rutina en el plan de cuidados, pero un marco conceptual que guíe la práctica recordará a esta enfermera que tiene que incluirlo (Fawcett et al. 2004). El foco de la práctica avanzada de Enfermería es multidimensional, incluyendo el cuidado clínico de pacientes, su enfoque holístico, sus redes de trabajo con clientes, su juicio clínico experto, su confianza en la investigación, sus distintos enfoques para prestar ayuda (Brown 1998).

Además, otras aportaciones de la Práctica Avanzada en Enfermería están relacionadas con el impacto que tiene en la práctica (ver capítulos posteriores). Algunos son: la prevención de complicaciones, el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, el diseño y la evaluación de intervenciones con resultados funcionales y medibles objetivamente en problemas físicos, mentales, cognitivos, sociales y de autocuidado, y satisfacción del paciente con el cuidado y el presupuesto de gastos (Ingersoll et al 2000; Rose et al. 2003).

Los contextos en los que una EPA puede trabajar son idénticos a los de cualquier enfermera asistencial. Sin embargo, el valor añadido de la Práctica Avanzada en Enfermería reside en los niveles de autonomía que desarrolla, la complejidad de su conocimiento y la toma de decisiones, el juicio clínico avanzado, y las habilidades en la gestión e innovación de organizaciones y de los servicios a un nivel superior al alcanzado en la enfermería básica.

### **Factores que influyen en el desarrollo del rol avanzado en enfermería.**

Con respecto al segundo objetivo de este trabajo podríamos comenzar diciendo que uno de los principales problemas que nos encontramos con alguno de los roles avanzados en enfermería es que en la práctica estas enfermeras pueden llegar a ser "todo para todos", realizando además trabajos que corresponden a los otros dos perfiles según la conveniencia de cada hospital (Rasch & Trauman 1996).

A parte de esto, cuando hablamos de la Práctica Avanzada en Enfermería inevitablemente debemos pensar en nuevos planteamientos y propuestas de cambio y por lo tanto, en conflictos. Para ello la enfermería necesita líderes que conozcan bien el entorno clínico y que estén en posición de dirigir, proponer, innovar y motivar. En este caso es importante conocer los factores que pueden facilitar o impedir el desarrollo de su rol. En la literatura hay bastante evidencia de los factores que facilitan o impiden la transición de una enfermería asistencia a un rol avanzado.

Entre los factores que facilitan la integración y desarrollo del rol avanzado de Enfermería tenemos (Woods 1998):

1. La explicación inicial del rol.
2. Las relaciones interprofesionales efectivas incluyendo también otras disciplinas.
3. Las redes de apoyo.
4. Y la evidencia del desarrollo profesional.

Entre los factores que impiden el buen engranaje de estos tres perfiles tenemos:

1. La ausencia de lo anterior
2. La resistencia al cambio que no podemos manejar o negociar.

En los estudios de los factores y del proceso de transición, los temas de la socialización y las relaciones inter/intraprofesionales son de especial relevancia en cuanto al desarrollo e implantación de nuevos roles enfermeros en la práctica. Es el primer paso para la capacitación y la creación de un entorno exitoso para la práctica. Este entorno necesitará de recursos materiales y humanos suficientes para proponer cualquier innovación. Otros factores que también influyen en este proceso se presentan en la tabla 1 (Woods 1998):



**Tabla 1. Algunos factores facilitadores por orden de importancia**

Apoyo del equipo médico

Apoyo del equipo de enfermería

Confianza en las propias habilidades

Apoyo de las supervisoras

Tener autonomía

Tener reconocimiento por parte de médicos

Sentirse valorado y reconocido por parte de enfermería

Lo mismo sucede si miramos a los principales factores que inhiben el trabajo de la EPA (tabla 2):

**Tabla 2. Algunos factores inhibidores por orden de importancia**

Contar con la EPA para realizar demasiado trabajo asistencial (por falta de recursos humanos pierde su rol)

Pocas enfermeras de plantilla y pocos recursos (no espacio físico)

Poca confianza por parte del personal de enfermería y resistencia

No se entiende el rol

Conflicto con las supervisoras

Oposición médica

Poco apoyo administrativo

Se puede apreciar que la mayoría de estos factores están relacionados con las relaciones interprofesionales, especialmente dentro de la misma disciplina. Lo que nos lleva a pensar en la necesidad de crear una buena red de trabajo entre supervisoras, enfermeras y enfermeras de rol avanzado. En este momento sería clave también conocer qué aspectos hay que evitar y cuáles promover para crear un buen trabajo en equipo entre estos profesionales

## **Estrategias en la colaboración e integración de los distintos perfiles enfermeros en la práctica. Todos a una.**

Una EPA suele trabajar dentro de un área de especialización clínica como mentor, asesor y educador de otras enfermeras en el ámbito asistencial, fomentando la aplicación de los resultados de investigación en la práctica, liderando cambios en la práctica, y contribuyendo al avance de la profesión, de los cuidados de salud y de la sociedad.

El conflicto más común y quizá más fácil de solucionar recae en la falta de claridad de sus funciones (ver la lista de factores), convirtiéndose en una amenaza para médicos (por la expansión de su práctica), gestores (por la naturaleza de los cambios que pueden proponer), supervisoras (por la posibilidad de que dos personas sean líderes en la unidad y esto pueda afectar a la autoridad/poder) y sobre todo enfermeras asistenciales (qué pueden ver a la EPA como una desertora que abandona el cuidado diario para dedicarse a otro tipo de actividades). Además, se tiende a pensar que es un intruso cuyo objetivo es evaluar el trabajo que las enfermeras llevan haciendo años.

### **Los conflictos.**

Cuando una EPA accede a una unidad para desarrollar su rol hay múltiples conflictos que pueden emerger y que hay que resolver pensando estrategias que beneficien a todos los trabajadores del servicio.

En esta sección abordaremos los siguientes por su relevancia en la integración y colaboración de los distintos perfiles enfermeros:

1. Poca definición y claridad del rol.
2. La difícil socialización e integración con los co-trabajadores.
3. La percepción negativa que los demás tienen del rol.
4. La resistencia al cambio.

En relación a la **poca definición y claridad del rol** se han documentado los siguientes problemas de integración (Glen & Waddington 1998):

- a. Conflicto de roles por tener unas expectativas erróneas del rol.
- b. Rol ambiguo con poca claridad, expectativas erróneas, falta de entendimiento sobre cómo, cuándo y dónde se cumplirán las expectativas.
- c. Sobrecarga del rol porque se espera más del rol de lo que puede dar, no se pueden alcanzar metas en los plazos de tiempo, o no tiene las habilidades y herramientas para ello.
- d. Poca carga del rol.
- e. Complejidad del rol.
- f. Desarrollar un rol limítrofe que invade continuamente el terreno de otras disciplinas con poca colaboración o acuerdos.

Otro problema que puede emerger en el lado de las enfermeras asistenciales, la supervisora u otros profesionales de la salud es la **percepción negativa que los demás pueden tener del rol y no valorar lo que una EPA puede aportar**: práctica autónoma para enfermería, experiencia y conocimiento, investigación y mejora del cuidado, valoraciones expertas de enfermería, gestión de casos, asesoramiento, educación y liderazgo. Por ello, más que temidas deberían ser respetadas y reconocidas. Para ello necesitan estar en contacto directo con la práctica clínica y los pacientes (Por 2008) porque su continua presencia y ayuda podría solventar este problema.

Otro tema muy importante que aparece en la literatura y que es bastante lógico es la **difícil socialización e interacción con los co-trabajadores**. Este conflicto es bastante común y para superarlo las EPAs necesitan ganarse apoyo (a veces son personas de la propia unidad que les consideran desertores o personas nuevas outsiders). Durante el proceso de socialización es necesario adaptarse al cambio, aprender nuevos roles, y las normas y valores del contexto. Debe pasar de ser un *outsider* o extraño a un *insider* o nativo. Para ello es necesario en primer lugar, confrontar o aceptar la realidad del contexto práctico, tener un rol claro, situarse en la organización, y conseguir socializarse con éxito (sentirse aceptado y satisfecho). Williams & Valdivieso (1994) publicaron una encuesta completada por EPAs para valorar entre otras cosas, la relación que tenían con el resto del personal y si percibían que el personal valoraba su pericia práctica y el apoyo que les ofrecían. Las respuestas en general fueron positivas influyendo esto positivamente en la satisfacción con su rol. Otros autores han comentado la importancia del equipo multidisciplinar así como la creación de redes para desarrollar las competencias del rol (Wongkpratoom et al 2010).

La **resistencia al cambio** es uno de los problemas que más frustración puede crear en el desarrollo de la práctica avanzada. En primer lugar, puede parecer que no se pueden satisfacer las necesidades personales por limitaciones organizacionales, de equipo o contexto. Una buena estrategia para ganarse a los demás sería mostrarse como lo que son: enfermeras competentes, de modo que el resto del grupo llegue a respetarlas. Todo proceso de cambio comienza por una etapa de resistencia que con unas estrategias de negociación y con la evidencia adecuada se puede llegar a la emancipación integrando el cambio en la práctica y logrando que se sienta propio (Portillo 2009).

## Las soluciones.

Estos conflictos están directamente relacionados con las relaciones inter/intraprofesionales entre los distintos perfiles. Se pueden proponer algunas ideas que pueden ser de gran utilidad para evitar caer en estos conflictos por parte de las supervisoras, de las enfermeras y de la EPA (Glen & Waddington 1998):

1. Mostrar abiertamente en algunas competencias la necesidad de actuar independientemente de los superiores (gestores). La excesiva supervisión de una enfermera gestoras ha limitado el desarrollo de esta práctica como se ha visto en algunos estudios (Wongkpratoom et al. 2010).

2. Es importante establecer metas en el trabajo y mostrar que son las mismas que las del resto del equipo, hacer balance entre metas multidisciplinarias e individuales.

3. Establecer prioridades y recursos para que las prioridades de la EPA sean las del resto del equipo. Plantear acercamientos entre el equipo y la organización.

4. No plantear trabajos en solitario sino en equipo. Elegir compañeros con los que trabajar, establecer relaciones, determinar quiénes tienen poder e influencia en la organización. Se considera normal que las EPAs en un principio sientan frustración por la cultura organizativa y la resistencia al cambio, o por trabajar en un ambiente distante.

En consecuencia una EPA debe desarrollar su rol en **armonía** con los co-trabajadores de la unidad(es) en la(s) que trabaje. Debe vincular y buscar la colaboración con enfermeras y supervisoras para que todos vean que pueden aportar algo al avance de la profesión. En la literatura aparecen rankings de la importancia que tienen alguno de los atributos de las EPAs para ellas mismas y evidencia de cómo a través de esos atributos se pueden acercar a pacientes, familiares y profesionales, sacando el máximo beneficio para todos (Holmes 1998; Rose et al. 2003): A continuación se presentan algunos ejemplos para algunos de los atributos de la EPA:

- **Cuidado directo experto** a pacientes complejos y familiares. La EPA debería involucrarse en un tipo de valoración que va más allá del cuidado a pie de cama e que integra aspectos como la cultura, la dinámica familiar, las necesidades a largo plazo y los estilos de vida. Debería promover la colaboración con las enfermeras y las supervisoras para implantar y evaluar el cuidado holístico del paciente y mostrarse como una fuente de apoyo en situaciones complicadas (ej. niños terminales).

- A través del **rol educador** se implicarían en las actividades educativas de los pacientes y los familiares y de los estudiantes de enfermería y las enfermeras asistenciales, siendo también un mentor para enseñar otros tipos de habilidades prácticas. Puede ayudar a manejar síntomas y cambiar estilos de vida. En este proceso educativo deben mostrarse como ejemplos modelos a seguir (Rol modelling) para poder ser también un recurso y así facilitar el cuidado que dan otras enfermeras, compartiendo conocimiento avanzado sobre la enfermedad y el tratamiento. A través de este rol educador las EPAs pueden potenciar la formación de otras enfermeras y estudiantes de enfermería y ejercer de preceptor en su práctica diaria, promoviendo su participación en congresos, proyectos multidisciplinares de investigación y publicaciones. Es aquí donde es clave su colaboración con la supervisora en el desarrollo de intervenciones para abordar temas clínicos, y programas de formación del personal.

- **El rol asesor:** Pueden trabajar con otras disciplinas y de enfermería en temas relacionados con el plan de cuidados de pacientes complejos proponiendo intervenciones creativas. Esto necesariamente implica estrategias de cambio para las que deben demostrar tener un gran conocimiento de recursos de la comunidad, de estrategias de resolución de problemas y de habilidades de colaboración con el personal de la comunidad. De este modo podrán ser de gran utilidad para los otros miembros del equipo de salud y promover el crecimiento profesional de otras enfermeras asistenciales o de rol avanzado.

- Mediante el **rol investigador** pueden promover estudios de investigación, aunque quizá se centren más en la enfermería basada en la evidencia y la disseminación de resultados de investigación. Para ello, el atributo de "agente de cambio" gana mucha importancia porque pueden implicarse activamente en la innovación del servicio, trabajando conjuntamente con supervisora, enfermeras y gestores. Una vez más deberán ser capaces de manejar la resistencia al cambio. Ej. Entender la resistencia al cambio, mostrar evidencia de la necesidad de cambio, justificarlo, ser realista en tiempo. Finalmente deberán ser mediadores y sacar el máximo rendimiento de su colaboración con la supervisora para implantar cambios y potenciar la investigación.

- **El rol administrador.** Creando vínculos con otros servicios.

Muchos autores creen que cumplir todo esto es una utopía y se considera que con el tema de Práctica Avanzada en Enfermería se busca una "super enfermera". Además, hay evidencia de que algunos aspectos del rol investigador se ven más limitados por una excesiva dedicación a temas administrativos (Woods 1997), pudiendo aquí crear confusión con las competencias de una supervisora. Hemos visto que es importante tener apoyo administrativo para poder centrarse en lo más importante de la práctica avanzada que es el trabajo directo con pacientes y otros profesionales de la salud.

Esto también sucede con el cuidado directo de pacientes que tiende a perder valor por que la EPA puede dedicarse a otras actividades que no corresponden tanto a su rol pero sí como se ha mencionado a una supervisora (gestión). Es aquí donde se corre el peligro de desnaturalizar su rol y por ello, la **supervisora** debe velar porque no pase esto y puede ser responsable de crear un buen ambiente para el cuidado y la educación de enfermería. A su vez, la supervisora aquí tendrá un papel esencial en liderar y promover cambios (Williams et al. 2001) y en crear un ambiente que favorezca el crecimiento profesional. La **Organización** (Magdic & Rosenzweig 1997; Rose et al. 2003) debe realizar un esfuerzo colaborativo y mostrar las expectativas prácticas de la enfermera avanzada y proporcionar apoyo y recursos para una integración exitosa.

Por último, después de presentar los factores que influyen en el desarrollo del rol, los posibles conflictos y las estrategias para hacer llegar el rol a los otros miembros del equipo, es importante recordar que la EPA adquiere la responsabilidad de crear un equilibrio entre todo esto para que su rol se implante con éxito y se finalmente, se beneficien pacientes y familiares.

## **Conclusiones.**

Los beneficios de la Práctica Avanzada en Enfermería serían inexistentes si no se establece de antemano una buena colaboración y comunicación con otros profesionales de enfermería y con otras disciplinas. Para ello es esencial definir y evaluar bien el papel de las EPAs para evitar malos entendidos

y hacer una previa declaración de intenciones por parte de los miembros del equipo.

Hay que recordar que los diferentes niveles de práctica que se han presentado no constituyen un ranking sino diferentes ámbitos del cuidado que muestran los niveles de conocimiento, responsabilidad y autonomía (extended, expanded, desarrollo del rol). Siguiendo adecuadamente estos niveles se evitaría también adjudicar a las EPAs responsabilidades que no les corresponden y, en consecuencia, que los gestores en los hospitales las empleen para cubrir recortes del personal asistencial por falta de entendimiento del rol avanzado y sus competencias.

Es importante también valorar la necesidad que en estos momentos tiene enfermería de promover el aprendizaje y la educación, la enfermería basada en la evidencia, y los niveles más elevados de autonomía. En resumidas cuentas lo que buscamos es mejorar la calidad del cuidado, desarrollar la práctica y comprender mejor la enfermería. Este avance de la disciplina está también vinculado a la evolución de las necesidades del cuidado, por ejemplo, hoy en día se da especial relevancia al automanejo de las enfermedades considerando a los pacientes expertos de su proceso de enfermedad. Es ahí donde una EPA y una enfermera asistencial podrían también trabajar coordinando ese auto-manejo.

Como hemos visto la formación de posgrado proporciona un nivel de preparación en enfermería para adquirir roles más independientes y asumir más responsabilidades en una práctica autónoma. Por lo tanto, puede ser una opción para dar nuevas herramientas al personal de enfermería de una unidad y así asegurar su desarrollo. La enfermería como profesión engloba los valores humanos del cuidar y de la compasión a la vez que se implica en la toma de decisiones y en el desarrollo de actividades más técnicas. Por ello, la enfermería necesita desarrollarse para que siga siendo una elección adaptada a los nuevos tiempos y a las necesidades de la sociedad.



## Referencias.

1. American Nurses Association (2003). Nursing's Social Policy Statement. 2<sup>nd</sup> ed. The Publishing Program of ANA: Maryland.
2. Brown SJ (1998) A framework for advanced practice nursing. *Journal of Professional Nursing* 14 (3): 157-164.
3. Conger M, Craig C (1998) Advanced nurse practice. A model for collaboration. *Nursing Case Management* 3 (3): 120-127.
4. Daly WM, Carnwell R (2003) Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 12: 158-167.
5. Elsom E, Happell B, Manias E (2006) The Clinical Nurse Specialist and Nurse Practitioner roles: room for both or take your pick? *Australian Journal of Advanced Nursing* 24 (2): 56-59.
6. Fawcett J, Newman DML, McAllister M (2004) Advanced practice nursing and conceptual models of nursing. *Nursing Science Quarterly* 17 (2): 135-138.
7. Fenton MV, Brykczynski KA (1993) Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing* 9 (6): 313-326.
8. Glen S, Waddington K (1998) Role transition from staff nurse to clinical nurse specialist: a case study. *Journal of Clinical Nursing* 7: 283-290.
9. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM (2009) Advanced practice nursing. An integrative approach. 4th ed. Saunders Elsevier Inc: Missouri.
10. Hamson CM, Hamric AB (2003) Reflections on the continuing evolution of advanced practice nursing. *Nursing Outlook* 51 (5): 203-211.

11. Holmes SB (1998) Advanced practice nursing role: Clinical nurse specialist. *Orthopaedic Nursing* November/December: 61-64.
12. Hopwood L (2006) Developing advanced nursing practice roles in cancer care. *Nursing times Net* 102 (15): 40.
13. Ingersoll GL, McIntosh E, Williams M (2000) Nurse-sensitive outcomes of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing* 32 (5): 1272-1281.
14. Magdic k, Rosenzweig MQ (1997) Integrating the acute care nurse practitioner into clinical practice: strategies for success. *Dimensions of Critical Care Nursing* 16 (4): 208-214.
15. Por J (2008) A critical engagement with the concept of advancing nursing practice. *Journal of Nursing Management* 16: 84-90.
16. Portillo MC (2009) Understanding the practical and theoretical development of Social rehabilitation through action research. *Journal of Clinical Nursing* 18 (2): 234-245.
17. Rasch RFR, Frauman AC (1996) Advanced practice in Nursing: Conceptual issues. *Journal of Professional Issues* 12 (3): 141-146.
18. Rose SB, All AC, Gresham D (2003) Role preservation of the clinical nurse specialist and the nurse practitioner. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 5 (2): 1-29.
19. Williams A, McGee P, Bates L (2001) An examination of senior nursing roles: challenges for the NHS. *Journal of Clinical Nursing* 10: 195-203.
20. Woods LP (1997) Conceptualizing advanced nursing practice: curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK. *Journal of Advanced Nursing* 25: 820-828.

21. Wongkpratoom S, Srisuphan W, Senaratana W, Nantachaipan P, Sritanyarat W (2010) Role development of advanced practice nurses in Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 14 (2): 161-176.
22. Woods LP (1998) Implementing advanced practice: identifying the factors that facilitate and inhibit the process. *Journal of Clinical Nursing* 7: 265-273.



# ADVANCED NURSING PRACTICE - SERVICE DEVELOPMENT (TUNNELLED CENTRAL VENOUS CATHETER INSERTION)

Author:

**Linda J Kelly**

(RGN, BA Health Studies, MSC Nursing).

Lecturer (Advanced Clinical Practice).

School of Health Nursing and Midwifery. Hamilton Campus. Scotland.

[linda.kelly@uws.ac.uk](mailto:linda.kelly@uws.ac.uk)

## **Introduction.**

Prior to taking up the post of lecturer (Advanced Clinical Practice) I was employed as an Advanced Nurse Practitioner within an acute hospital setting. As part of my role I developed a nurse - led Vascular Access Service. This chapter will aim to share my experience of setting up this service.

A tunnelled central venous catheter is a long, fine, hollow silicone tube with an opening at each end. A Hickman® type catheter (Figure 1) is the most commonly used TCVC in the acute setting, whereas a dialysis catheter or Permcath® (Figure 2) is used for renal dialysis. The entry site for insertion

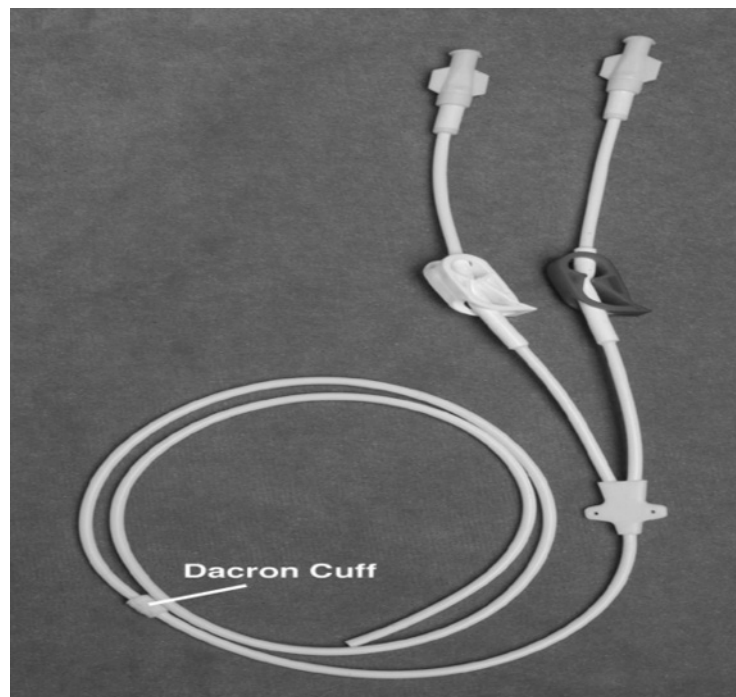


Figure 1

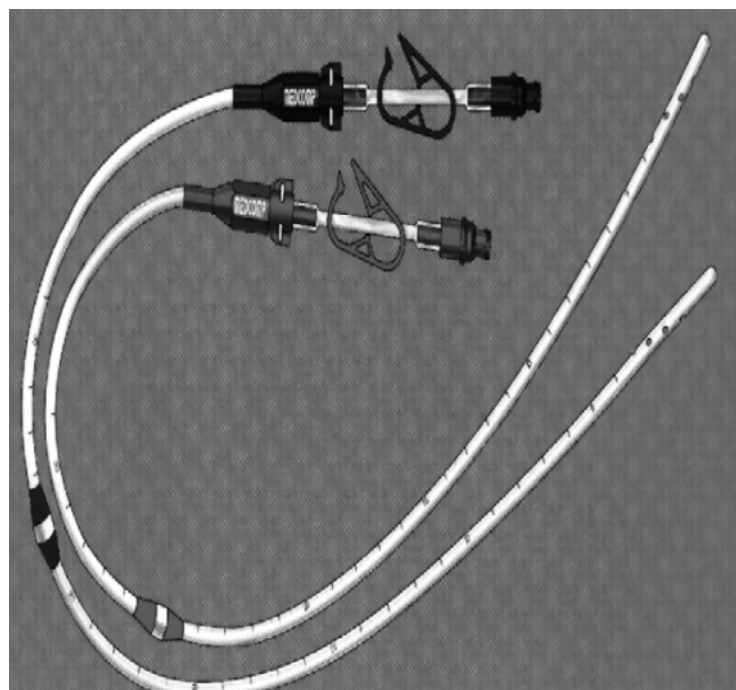


Figure 2

is commonly the right or left jugular or subclavian vein. The tip of the catheter terminates within the superior vena cava or the right atrium. The catheter is tunnelled subcutaneously and a cuff made of fibrous Dacron® is located at the exit site. This cuff anchors itself under the skin, providing stability and also helping to prevent infection tracking along the catheter (Pratt et al. 2007). There are many indications for tunnelled central venous access including: difficult venous access; chemotherapy; long term antibiotics; treatments requiring multiple punctures, such as daily blood withdrawals in patients with coagulopathy, renal dialysis and total parenteral nutrition (Docherty, 2006).

In the year 2000, within my hospital trust, there was an increasing demand for tunnelled central venous catheters (TCVC's) with patients waiting approximately seven weeks for Hickman line insertion. This was mainly due to an increase in workload in interventional radiology and theatres. Primarily, this growth was due to an aging population, consumer expectations and technological advances, particularly in the field of interventional radiology (Jones, 2003). Consequently, this resulted in a lack of available theatre and radiological space for TCVC insertion. Subsequently, due to these factors, waiting times for TCVC insertion increased dramatically, and at times patients were waiting an average of six to seven weeks for catheter insertion.

In 2002, the Nursing and Midwifery Council replaced the UKCC and produced the document 'The code of Professional Conduct' (NMC, 2002). This document encouraged nurses to expand practices as long as they possessed the skills and knowledge to do so. They stated that the responsibilities for actions and omissions would remain with the nurse. The revised Code also included standards for conduct and ethics (NMC, 2004). In response to this document and initiatives including those designed to reduce the number of hours worked by junior doctors (NHSE, 1991) and the Department of Health document 'Making a difference' (1999), it was felt that nurses working in new ways by performing the procedure of TCVC insertion might help to reverse this situation. It was recognised that there was a need to provide a better service for patients requiring this procedure to be performed. As well as reducing waiting lists it was recognised that there was also a require-

ment to reduce post procedure complications such as infection and catheter obstruction. Subsequently, a group of relevant healthcare professionals including doctors, nurses, radiologists and renal physicians gathered to discuss various options and recommendations.

## **Recommendations to improve the service.**

The following options were discussed:

### **Option 1**

*Status Quo. This was not an option. The service needed to improve urgently to ensure patients received the necessary venous access to receive their treatment safely and effectively without delay.*

### **Option 2**

*More Radiologists take responsibility for t-CVC insertion.* Due to the increase in interventional procedures the interventional radiologists indicated they had neither the staff nor the capacity to do this.

### **Option 3**

*Develop a Nurse-led service with on site Consultant support / supervision.* There was already a Nurse led service for the insertion of Hickman lines within England, which was well established. Audit results demonstrated minimal waiting times and complication rates. Therefore, this option was confirmed as the preferred option and it was agreed that an expert team of specialist nurses would be established to place tunnelled catheters in agreed patient groups across the Trust. Following consultation with the medical director, director of nursing and the practice development team a proposal and business case were developed detailing the benefits that a nurse - led service could have for patients. A bid was submitted and eventually funding was secured from the 'cancer plan' to set up the nurse - led service. The Vascular Access Service commenced in September 2002.



## Accountability and responsibility issues.

The service was developed in line with the Nursing and Midwifery Code of Conduct (NMC, 2008), namely that as professionals the nurses remain personally accountable for actions and omissions in practice and must always be able to justify decisions made. The nurses were aware that they should make a referral to another practitioner when in the best interest of someone in their care. All referrals were directed to the nurse led service and suitable patients were selected with the use of an exclusion criterion (Appendix 1). Finally the nurses were aware that they should always recognise and work within the limits of their competence. In addition to this, a group of professionals was set up to monitor the development of the service; this group consisted of the Lead nurse, service manager, clinical nurse manager, radiologist and high users (Oncologist, Haematologists etc.). A project plan was drawn up to keep the service development on track and monitor progress. Three specialist nurses were then drawn from high user areas including oncology, haematology, interventional radiology to provide a balance of knowledge, specialise and skills which would be required of such a service. They also provided a ring -fenced commitment to the vascular access service.

Documents included consent forms (Appendix 2), procedural checklists, referral forms; patient and staff information as well as procedural audit forms were devised. Evidence based guidelines were developed from information and evidence from the RCN Standards for Infusion Therapy (RCN, 2003) and EPIC 11 guidelines for preventing Healthcare Associated Infections (DOH, 2001b).

## Training for TCVC insertion.

As the procedure of TCVC insertion is a minimally invasive surgical procedure that carries risks of complication, the support of the interventional radiologists was paramount in ensuring that the Vascular Access Service was going to succeed as safely as possible. As important was the support of other specialist nurses who had been through the process. At this time there were few centres with nurse - led services for TCVC insertion. However, at

the John Radcliffe hospital Oxford there was a service that offered training in TCVC insertion. The lead nurse spent time in Oxford learning and gaining information and advice from the nurses. This training period proved invaluable on return to Glasgow. Following this an intense training period commenced with the interventional radiologist. The lead nurse worked closely with the interventional radiologists, and inserted TCVC's under direct supervision. Competencies and standard operating procedures were used to assist learning and to provide a learning log of training. It was also felt important that the service involved more than just having the skills to insert the catheters. It was important to gain the respect and confidence of the referring physicians. This meant having a good knowledge of the range of available devices, pre and post procedure care and follow up care as well as being able to demonstrate knowledge of a range of patient conditions.

The decision was made that the specialist nurses would be directly supervised by the consultant or lead nurse for a minimum of twenty TCVC placements. Each individual was explicitly informed when they were considered competent to proceed unsupervised. If, in the opinion of the lead nurse or interventional radiologist, an individual did not reach the required level of competence then the right to perform TCVC placements was withheld and further training provided.

## **The procedure of TCVC insertion.**

Each patient receives written information regarding the reasons for catheter insertion and the actual procedure. On the day of the procedure the specialist nurse explains the procedure in detail including potential complications. The patient is given ample time to ask questions prior to signing the consent form. Incapacity forms are used wherever relevant (Department of Health, 2001a).

In the Vascular Access Service we use a left or right internal jugular approach to gain venous access. This access is achieved with the use of a small portable ultrasound machine. After cleaning and draping the skin the internal jugular vein is punctured using a 19 gage Seldinger needle. A fine wire is passed through the needle to maintain access. A tunnel is then created

underneath the skin. This is fashioned back to the point of venous access. A peel away sheath is then passed over the wire into the inferior vena cava. The catheter is cut to length and, following removal of the dilator and wire, the catheter is fed through the sheath into the superior vena cava. The sheath is then peeled away and you are left with the catheter tip in the lower superior vena cava or the right atrium. There are many complications associated with TCVC insertion (McGee and Gould 2003). These include: Air embolism, Arterial puncture, Infection, Cardiac arrhythmia, Cardiac tamponade, Pneumothorax / haemothorax. All of these can be prevented and staff undertaking the procedure must be aware of preventative measures.

## **Conclusion.**

The nurse led Vascular Access Service is now well established. Referrals are received directly from medical staff or nurse practitioners. Any patients who fall within our exclusion criteria are discussed with medical staff who either make themselves available whilst procedures are being carried out or procedures are added to their lists. As much as possible, patients are appointed prior to the commencement of treatment. Waiting lists are now minimal (1-2 days). The nurses discuss the procedure and potential complications and aftercare of the catheters with the patient, and obtain consent prior to the procedure. Each patient is given a detailed information leaflet, containing contact numbers and advice on dealing with any complications or queries. This project has proved very beneficial with a reduction in waiting times for patients. Complication rates for the nurse led service are approximately 2% (predominately arterial puncture, air embolism, misplacement). Patient satisfaction questionnaires have also suggested that patients are very satisfied with the care they receive from the nurse led Vascular Access Service.

## **Key results of the service.**

- There has been a significant reduction in waiting times and complication rates.
- The nurses have expressed increased job satisfaction leading to the retention of highly qualified staff in clinical setting.

- Education and training now available for health professional in the procedure of TCVC insertion.

## Appendix 1

### Vascular Access Service

#### Exclusion Criteria

Pleural effusion

Pneumothorax

Consolidation of the lung

Tracheotomy

Neutrophils lower than 0.7

Platelet counts lower than 40

INR over 1.5

Neck lymph nodes

SVT

Pacing wires in situ

Fixed neck

Uncontrollable cough

Previous thrombosis

Children under the age of 16

## Appendix 2

### Tunnelled Central Venous Catheter Consent Form: INSERTION

Patient Name

Address

DOB

Hospital Number

Chi Number

Information leaflet given Yes / No

Procedure explained to patient Yes / No

Potential complications explained including:

Pneumothorax Yes / No

Haemothorax Yes / No

Arterial Puncture Yes / No

Infection Yes / No

Air embolus Yes / No

Misplacement Yes / No

Thrombosis Yes / No

Use of local anaesthesia Yes / No

Aftercare Yes / No

### Consent for Tunnelled central line insertion by Specialist Nurse

- Insertion of tunnelled central line.
- Administration of local anaesthetic according to protocol.
- Administration of sedation according to protocol.

I confirm that I have explained the proposed procedure, appropriate options as are available, and potential complications to the patient in terms which, in my judgement, are suited to the understanding of the patient.

Name of Specialist Nurse: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

I agree to the treatment or procedure as documented above which has been explained to me by the Specialist Nurse named on this form.

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

## References.

Department of Health (1999) Making a Difference. London. HMSO.

Department of Health (2001a) HSC 2001 / 023. Good Practice in Consent: Achieving the NHS plan commitment to patient centred consent practices.

Department of Health (2001b) EPIC Guidelines for preventing Hospital Acquired Infection. Journal of Hospital Infection. 47 (supplement): S1. doi 10 1053/jhin 2000.0921.

Dougherty L. (2006) Central Venous Access Devices: Care and Management. Blackwell Publishing: Oxford.

Jones DN. (2003) Radiologist workloads. Discussion Paper, RANZCR Workforce Advisory Board. Available at: <http://www.ranzcr.edu.au>. Accessed July 2008.

McGee and Gould (2003) Preventing complications of central venous catheterisation, The new England journal of medicine 348: (12) 1123-1133.

National Health Service Executive (NHSE) (1991) Junior doctors: the new deal. London. NHSME.

Nursing and Midwifery Council (2002) The code of Professional Conduct. London. NMC.

Nursing and Midwifery Council (2004) The MNC code of Professional Conduct. Standards for conduct Performance and Ethics. London. NMC.

Pratt RJ, Pellowe C, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SJ, McDougall C, Wilcox MH (2007) Epic 2: National Evidence - Based Guidelines for Preventing Healthcare - Associated Infections in NHS Hospitals in England. Available at: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Accessed September 2010.

Royal College of Nursing (2003) Standards for Infusion therapy. RCN. London.



# ADVANCED PRACTICE NURSING. IMPLEMENTATION OF THE CLINICAL NURSE SPECIALIST ROLE AT MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Author:

**Vivian Donahue.**

RN, BC-CNS, CCRN.

Clinical Nurse Specialist in Cardiology.

General Hospital Massachusetts. USA.

[vedonahue@partners.org](mailto:vedonahue@partners.org)

## **Introduction.**

Massachusetts General Hospital (MGH) is a 950 bed urban medical center that was founded in 1811 to meet the needs of the surrounding community. Our Chief Nursing Officer, Jeanette Ives Erickson has historically had a vision that supported the role of the Clinical Nurse Specialist (CNS). We are fortunate in that we have more than 60 Clinical Nurse Specialists who are both

unit and specialty based. We rely on the expertise of our colleagues and call on each other frequently to best meet the needs of our patients.

A Clinical Nurse Specialist is a Masters prepared Registered Nurse who demonstrates expertise in a practice area. Our practice encompasses all components of the three spheres of influence; the patient/family, the nursing staff and the organization. Given the complexity of the organization, there is great variability in the operationalization of the role. Influence on outcomes is one standardized metric used to measure success, although successful implementation of the role can be measured in many ways.

The MGH Mission Statement reads "Guided by the needs of our patients and their families, we aim to deliver the very best health care in a safe, compassionate environment; to advance that care through innovative research and education; and, to improve the health and well-being of the diverse communities we serve" This is the foundation of all that we do.

## **Professional Practice Model.**

The professional practice model is the model we use to frame the delivery of patient care. This model utilizes puzzle pieces to symbolically describe our practice. Each piece describes a component of our practice delivery. At the heart of the model is patient and family centered care. There are multiple barriers to the delivery of patient and family centered care. Some have been well documented, such as, competing priorities, additional work load and staff nurse shortages. Our primary responsibility is to our patients and their families. The Clinical Nurse Specialist supports our staff nurses in ways that help to reduce the barriers, allow maximum nurse patient interaction and foster patient centered care.

To support this model we look to the vision and values of the organization, the standards of practice, professional development, clinical recognition and development, collaborative decision making, research, innovation and entrepreneurial teamwork and a narrative culture.

The CNS works collaboratively to establish the organizational standards of practice. The CNS role models professional behavior that fosters a learning environment. CNS contributions aimed toward elevating the organizational standards of practice include: participation in collaborative governance committees, development of policies and procedures, educational support, clinically focused committees (i.e. medication approval committee) and staff education. Each of these collaborative efforts support the elevation of standards of practice and aid in sustaining the practice changes.

The CNS promotes professional development in a variety of ways. Examples would include: writing letters of recommendation, education and support of professional certifications, guidance to navigate successfully through the Clinical Recognition Program, preceptor development and participation in Nursing Grand Rounds presentations.

The Clinical Recognition program is aligned with our narrative culture based on the work of Dr Patricia Benner. It is unique in that it is inclusive of all disciplines within the MGH Patient Care Services. The other disciplines include: Respiratory Therapy, Speech and Language Pathology, Physical Therapy, Occupational Therapy and Social Work. The program consists of four levels. Level one and two, Entry and Clinician respectively are acknowledged locally on each unit and are the minimal expectation of professional practice. Levels three and four, Advanced Clinician and Clinical Scholar require completion of a portfolio and a review board interview to successfully advance. The portfolio consists of letters of recommendation from colleagues both within your discipline and outside your discipline, a cover letter, a resume and a narrative. The narrative should address the three themes; clinician patient relationship, teamwork and collaboration and clinical knowledge and decision making. The interview team is multidisciplinary and includes three members of the Review Board with at least one member representing the interviewee's discipline.

Collaborative decision making is evidenced in our Collaborative Governance Practice Model. This model includes multiple committees representing such important issues as quality, practice and research. A Staff Nurse Advisory committee also exists. This committee is comprised of staff

nurses and is led by our Chief Nurse. This provides a direct line of communication from the staff to the administrative leadership. Given the size and complexity of the organization this committee is vital in disseminating information. It also validates the importance of the role of the bedside staff nurse.

Research and evidence based practice are strongly supported at MGH. Dr. Dorothy Jones is the Director of the Yvonne L. Munn Center. The mission of the Munn center is to "promote development, use and evaluation of Nursing Research and the establishment of clinical roles, such as, the nurse scientist and nurse researcher to advance the promotion of safe quality care. " Dr Jones has led a group of CNS's who have voiced an interest in participating in research and are involved in multiple research projects, including a funded study evaluating the use of standardized nursing language.

The CNS supports development of staff research ideas and guides the staff nurse through the research process. Additional research support would include: poster development, presentation development and participation in collaborative governance research committee activities.

## **Institute for Patient Care.**

The Yvonne L. Munn Center for Nursing Research is housed under the umbrella of the Institute for Patient Care. This innovative institute is comprised of four centers: the Yvonne L. Munn Center for Nursing Research, The Norman Knight Nursing Center for Clinical and Professional Development, the Center for Innovation in Care Delivery and the Maxwell & Eleanor Blum Patient and Family Learning Center. Each of these centers aid in our ability to provide patient centered care. Each is unique in its contribution to promote development of clinical knowledge, nursing research, patient education and promote innovative advancement in patient center care.

## **Advanced Practice Nurses.**

Four original advanced practice nurse roles currently exist in the United States. The CNS role was established early and was the first to be defined

by entry level education at the Master of Science level. Three additional advance practice roles exist; the Nurse Practitioner, the Certified Nurse Midwife and the Certified Registered Nurse Anesthetist. Two additional roles are emerging. The first is the Clinical Nurse Leader. The Clinical Nurse Leader obtains a Master of Science degree in Nursing but the undergraduate degree may be in another science. The role description is similar to the CNS but is primarily focused on unit based needs and less on organizational interventions. This new role has created role confusion and has generated a great deal of discussion. The second additional role is the Doctor of Nursing Practice. This appears to be the entry level of education for the Nurse Practitioner and perhaps other advanced practice rolls in the future. It has created a competitive environment for the PhD programs and has also introduced additional role confusion. Challenges remain in the public's ability to clearly understand the multiple roles within the nursing profession.

### **Advanced Practice Nurses: Clinical Nurse Specialist.**

The role of the CNS at MGH is diverse. As stated previously, there are more than 60 CNS's hospital wide. The CNS's may function in either a unit based or specialty based model. The role is operationalized in a variety of ways to meet the needs of the unit or the service. Specialty based CNS's would include: wound management, pain management and heart failure. Each is involved in organizational initiatives. Examples would include the wound CNS involvement in initiatives to reduce the number of pressure ulcers and the pain CNS who develops initiatives to meet the pain management needs of the patient but also ensures regulatory compliance.

The unit based CNS is partnered with a Nursing Director on each of the individual units and provides a team approach to unit based nursing leadership. Responsibilities would include: staff development, organizational support and patient centered care delivery. The CNS is not responsible for the primary physical care of the patient on the unit but rather support of the staff RN in her delivery of care through the advancement of knowledge and navigation of the organizational system.

## **Staff Development.**

Staff development is evidenced in many ways. Orientation of novice and experienced nurses who may be new to the unit or organization is managed by the unit based CNS in collaboration with the Norman Knight Center for Clinical and Professional Development. Orientation development is multifaceted and requires a collaborative approach. Preceptor development is primarily seen on the individual units with the unit based CNS, however, a one day program, supported by the Knight Center for Clinical and Professional Development provides language and feedback skill support to new preceptors. Each orientation is individualized by the unit based CNS to meet the professional needs of the orientee but the foundation remains standardized to ensure a consistent approach. The CNS will meet with the preceptor at regularly scheduled times to ensure that the preceptor remains supported and that the orientee is meeting pre-established goals. Development of an orientation process that meets the needs of both the orientee as well as the preceptor involves development of the orientation program, development and support of the preceptor, development of standards of practice grounded in evidence, development of explicit criteria for skill acquisition as well as the skill acquisition assessment tool and a method to continually evaluate progress and provide follow up and remediation for staff struggling to meet the criteria.

Professional development is also evidenced in a variety of ways. Examples of professional development seen at MGH include: Collaborative Governance, participation in Nursing Grand Rounds, support of professional certification as well as participation in unit based activities related designed to advance professional practice.

## **Advanced Practice Nurses: The Clinical Nurse Specialist; Organizational Support.**

The CNS participates in the development of the organizational response to changing regulatory demands. The MGH has recently participated in surveys with the Joint Commission and the Centers for Medicaid and Medicare suc-

cessfully. This required a multidisciplinary approach that included many CNS led initiatives.

The CNS is instrumental in disseminating information to promote practice change when indicated, lead and participate in initiatives to promote evidence based practice, support the transition of evidence based practice to the bedside and to lead and participate in programmatic approaches to monitor Nurse Sensitive Indicator data and incorporate practice change based on the data collected.

The CNS is actively involved in data collection and the advancement of practice that are required to meet Magnet certification and recertification. Magnet certification evaluates nursing practice and the MGH was the first organization in the region to achieve this status.

### **Patient Centered Care Initiatives.**

The CNS completes comprehensive needs assessments and develops initiatives based on the needs identified. Several programs have been developed by unit based CNS's based on identified needs. A gap was identified in providing consistent language and education to newly diagnosed diabetics. A CNS developed a comprehensive flip binder that was used to standardize education and provide an opportunity for the patient to interact and ask questions in real time.

A second CNS led initiative was the development of a multidisciplinary approach to tracheostomy tube management. A multidisciplinary team was established to round on all patients with tracheostomy tubes on a weekly basis. This provided a consistent standard of care and earlier downsizing of the tracheostomy tube thereby providing a means for the patient to communicate. This also promoted patient satisfaction.

A gap was identified in communication during transport of patients to procedural areas around the hospital. A CNS developed a sticker system that guides the communication of pertinent information to the receiving unit. Information includes: name, medical record number, allergies, fall risk and

precautions needed. It also indicates the time the patient was picked up on the unit and the time returned. A staff person signs off that the patient has arrived and when the patient leaves. This ensures that staff know where the patient is at all times and how long the patient has been off the unit.

Safe pass off has gained international attention. It is and will continue to be a goal of our organization. The CNS group has participated in many initiatives to support improved communication amongst care givers. Education surrounding standardization in communication has been given. The communication tool selected to standardize discussions regarding patient care is the SBART tool. Other alternatives include the use of dedicated time that supports no interruptions during pass off on some units.

## **Nurse Sensitive Indicators and Never Events.**

The CNS is responsible for program development to manage nurse sensitive indicators and prevent injury. Pressure ulcer prevention is one nurse sensitive indicator that has seen extensive CNS involvement. A wound care program was developed to educate all CNS's as well as all staff nurses in the newest evidence available regarding pressure ulcer cause, prevention and treatment modalities. The CNS is the primary wound expert and is consulted on all Stage III and Stage IV pressure ulcers. The CNS group conducts incidence and prevalence skin surveys on all inpatients quarterly. Finally all Stage III and Stage IV pressure ulcers are reportable to the Department of Public Health and the CNS along with the Center for Quality and Safety are responsible for reporting the event.

The CNS has played an integral role in identifying the best tool to assess for fall risk as well as the development of a comprehensive program to reduce fall risk. The tool chosen by the organization is the Morse Fall Scale. It is a fall risk assessment tool used by staff to assess fall risk every 24 hours or with a change in condition. A Nursing problem was developed as well as a plan of care to minimize the risk based on individual needs. A fall reduction initiative LEAF (Lets eliminate all falls), championed by the office of Quality and Safety in collaboration with the CNS group, is in progress throughout



the organization. This initiative incorporates a debriefing following a fall event.

Central venous lines are discussed daily in the critical care areas during patient care rounds. The discussion includes the date of insertion and assessment of ongoing need or opportunity to remove the line. Documentation is made daily in the medical record. Line bacteremia data is collected by the unit based CNS's and is reported. The data includes the number of line days as well as the number of central venous catheters in place. The presence of a line bacteremia triggers a root cause analysis process. The analysis is completed by the CNS and then the analysis is reported to a multidisciplinary group and any opportunities for improvement are discussed.

A CNS driven initiative for early Foley catheter removal exists. Guidelines that standardize criteria for use and early discontinuation reduce the risk of urinary tract infections. The guidelines were developed and vetted within the CNS group. Exceptions exist for the critically ill patient but even within this population the practice is removal at the earliest opportunity.

## **Research.**

The CNS group at MGH is very invested in Nursing Research and partner with both staff and Nurse Scientists from the Munn Center for Nursing Research to participate in projects to advance nursing practice. There are several federally funded initiatives that are ongoing as well as more moderate projects on the local units. The Ethics Residency Program is a federally funded grant that a PhD prepared ethics CNS is leading. It is an initiative that allows the staff nurse an opportunity to meet monthly with ethics experts. They engage in discussions, review literature, and gain language to articulate and insight into ethical dilemmas.

The Gerontology Residency Program was also a federally funded grant given to provide an opportunity to staff nurses to learn of the unique needs of the gerontology patient. They also partnered with a more novice nurse to share the knowledge on their individual units.

The Evidence based practice grant was given to a Nurse Scientist from the Munn Center and is an ongoing initiative to support transition of evidence based practice from the literature to the bedside.

On a more local level, a group of CNS's led by Dr Jones received a NANDA International grant to collect data related to use of standardized nursing language, provide a teaching-learning intervention and repeat the data collection. This was done in anticipation of the introduction of the electronic medical record.

Finally on the unit based level, a staff nurse, supported by a CNS and a Munn Center Nurse Scientist applied for grant to collect data and create an intervention related to family presence during cardiac arrest and during invasive procedures in an ICU. A similar study had been done in the MGH emergency department but there was a paucity of data related to the ICU environment.

## **Clinical Nurse Specialist Research Task Force.**

The Clinical Nurse Specialist Research Task Force (CNSRTF) was established under the leadership of Dorothy Jones RN, PhD. The premise of this task force is the professional development of the Clinical Nurse Specialist. The task force fosters an interest in and supports CNS led research initiatives under the guidance of a Nurse Scientist. It is an opportunity to interact with an expert and to foster professional growth. It revitalizes practice and allows the CNS to bring this back to staff. It also allows an opportunity for the CNS to present both nationally and internationally, thus sharing our experiences and promoting the growth of the role group. Members of the CNSRTF have been recipients of a NANDA International grant to provide and promote the use of a standardized nursing language prior to the introduction of the electronic medical record to MGH.

## **Advanced Practice Nurses: Nurse Practitioner.**

The role of the Nurse Practitioner (NP) is well established at MGH. It is operationalized in many ways dependent upon the need of the provider, the

patient and the organizational system. The NP is a mid level provider who partners with a physician colleague to optimize patient care delivery. The Nurse Practitioner may care for a specialty population or may function primarily on an inpatient unit or outpatient clinic. Recently the Acute Care Nurse Practitioner (ANP) has been added to the care team in the critical care units. They are an integral component of the care team, managing highly acute patients.

The ANP is supported by the Center for Critical Care and was first introduced in 2009. The model was introduced to supplement the existing Intensivist Physician coverage model currently used in the critical care areas. This role supports acquisition of knowledge that is specialty focused. The reporting structure is such that the ANP partners with and reports to a physician colleague with a dotted line reporting structure to the Nursing Director. The program is creative in that it cultivates collaborative professional growth and development and orientation amongst the ANP's across all critical care areas yet their primary focus and experiential practice take place on their respective units with their physician colleague. This model will continue to undergo ongoing assessment and re-structuring to meet the needs of the organization, the unit and the patients.

### **Advanced Practice Nurse: The Future.**

The discussion regarding the future of Advanced Practice Nursing must begin with standardization of curriculum requirements and consensus surrounding entry level of practice. Role groups will need to clearly articulate their practice and their unique influence on outcomes. Role confusion will continue to exist without standardization.

The Clinical Nurse Specialists will need to speak to their vision of their role in the future and their unique contribution to patient care. Nurse Practitioners will more clearly define their unique contributions to healthcare in comparison to other role groups, such as, physician assistants. Finally, role groups will continue to evolve to meet the ever changing needs of the patient in a healthcare system in transition.



# ROL AVANZADO EN ENFERMERÍA: MASTER EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Autoras:

## **1. Dra. Cristina G. Vivar (Vivar C.G.)**

Profesor Contratado Doctor.

Subdirectora, Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

cgarvivar@unav.es

## **2. Dra. Navidad Canga Armayor (Canga Armayor N.)**

Profesor Contratado Doctor.

Directora, Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

ncanga@unav.es

## **Introducción.**

El contexto profesional, socio sanitario y académico donde se desarrolla la profesión de enfermería, ha experimentado un profundo proceso de trans-

formación a nivel mundial y en nuestro país. La sociedad del siglo XXI está sumida en numerosos e importantes cambios relacionados con los avances científicos y tecnológicos, el desarrollo económico, la educación de la población, el fenómeno de la globalización, aspectos demográficos, la inmigración, cambios en los patrones epidemiológicos, etc. Estos cambios están influyendo en el sistema de salud y en el ámbito donde se desarrollan los cuidados de salud.

Ante estos cambios, la enfermería necesita, necesitamos, preparar a buenos líderes, buenos docentes y buenos profesionales clínicos, con capacidad crítica y de razonamiento y la habilidad de tomar decisiones en base a la mejor evidencia disponible. Es decir, la enfermería necesita desarrollar ahora más que nunca nuevas formas de trabajar que incluyan roles y perfiles innovadores, una mayor apertura de enfoques de cuidado así como la oportunidad de demostrar mayor liderazgo en el desarrollo de los servicios de salud. La enfermería de rol avanzado puede dar respuesta a estas cuestiones.

Numerosos estudios internacionales han evidenciado el impacto positivo de la enfermera de rol avanzado en el ámbito hospitalario, la llamada "*clinical nurse specialist*" (enfermera especialista), en relación con una mayor satisfacción de los pacientes, la reducción de costes para los servicios sanitarios, así como una disminución de complicaciones al alta<sup>1</sup>. Otras investigaciones desarrolladas<sup>2-3</sup> han evidenciado también el claro beneficio de la enfermera de rol avanzado en la atención primaria de salud, conocida en el ámbito americano y anglosajón como "*nurse practitioner*" (enfermera practicante).

No cabe duda de que la incorporación de nuevos perfiles profesionales, como es la enfermería de práctica avanzada, tiene beneficios tanto para la atención del paciente y familia, el equipo de enfermería así como para el sistema sanitario. Pero: ¿A qué nos referimos con una enfermera de rol o práctica avanzada? Como siempre existen muchas definiciones del concepto.

Por ejemplo, Bryant-Lukosious y colaboradores<sup>4</sup> definen el concepto de práctica avanzada como "la frontera futura para la práctica de enfermería y

el desarrollo profesional. Es una forma de ver el mundo que permite cuestionar la práctica actual, la creación de nuevo conocimiento de enfermería y la mejora de los cuidados y servicios de salud" (p. 520). Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define a una enfermera de práctica avanzada como "una enfermera profesional que ha adquirido la base de conocimiento de experto, cuyas características se ajustan al contexto y/o al país en donde está autorizada para trabajar. Un título de master es el recomendado como nivel de entrada"<sup>5</sup>. A pesar de la diversidad de definiciones, todas recogen una característica común para desarrollar una práctica avanzada de enfermería: la adquisición de estudios de posgrado, bien de master o de doctorado para desarrollar las competencias de una enfermera de rol avanzado.

## **Master en enfermería en España.**

En nuestro país, durante casi tres décadas, sectores de la profesión así como las organizaciones más importantes del campo de la enfermería (Consejo General de Enfermería, La Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería, la Organización Colegial de Enfermería) han expresado reiteradamente la necesidad y la apuesta por una formación de posgrado de calidad que permita contar con profesionales dotados de una exigente formación profesional e investigadora que demanda la sociedad actual, y el propio sistema sanitario.

Este reconocimiento tan esperado se hace realidad con los Reales decretos 55/2005 y 56/2005 de 21 de enero por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado y Posgrado. Ambos decretos, enmarcados en el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior, establecen los niveles de GRADO, MASTER Y DOCTORADO en Enfermería en España. La posibilidad de acceder en la carrera de enfermería a estudios oficiales de Grado y Posgrado significa que se puede, al fin, completar todo el ciclo de desarrollo académico en la Universidad, y como consecuencia elevar la capacitación profesional para responder con más eficiencia a las demandas de la sociedad actual y contribuir positivamente a los retos, cada vez más exigentes, en materia de salud.

Ante esta tan esperada realidad, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra inicia en 2005 un proceso de trabajo intenso con el objetivo de implantar dos años más tarde, en el 2007, el Master Oficial en Ciencias de la Enfermería. Este master pretende que los estudiantes se formen, tanto en el conocimiento del nuevo entorno sanitario, como en la desarrollo de nuevas competencias de rol avanzado para poder responder a los nuevos retos del sistema de salud y contribuir así al desarrollo de la disciplina y la profesión de enfermería.

Antes de proceder a la descripción del Master en Ciencias de la Enfermería, parece importante recordar la contribución de los estudios de posgrado (master) para la profesión de enfermería.

### **¿Qué aporta el grado de master en Enfermería?**

De acuerdo con los descriptores de Dublín, que enuncian las competencias y habilidades necesarias que el estudiante debe adquirir en cada ciclo de estudios, un master se otorga a aquellos estudiantes que sean capaces de:

1. Demostrar un nivel de comprensión de los conocimientos que les proporcionen una base o posibilidad para ser originales en el desarrollo y/o la aplicación de ideas ya sea en el contexto profesional como en un contexto de investigación.
2. Aplicar los conocimientos así como las habilidades para trabajar en equipo con la finalidad de resolver problemas, en entornos nuevos o poco conocidos dentro de contextos más amplios, desde una visión multidisciplinar en su campo de estudio.
3. Integrar conocimientos y formular juicios a partir de información incompleta o limitada, pero que incluyen reflexiones sobre las responsabilidades sociales y éticas relacionadas con la aplicación de sus conocimientos y juicios.



4. Comunicar sus conclusiones y conocimientos, así como el marco conceptual en que se basan, tanto a expertos como a no expertos, de forma clara y sin ambigüedades.

5. Desarrollar habilidades de aprendizaje que les permitan continuar los estudios (en su caso, el doctorado) de forma ampliamente autodirigida o autónoma.

Por tanto, todo programa de master en enfermería debería contribuir a promocionar una actitud crítica para el aprendizaje y un enfoque innovador y de desarrollo para la práctica, basado en un conocimiento especialista y en habilidades para la investigación.

Según las percepciones de los propios estudiantes de master, recogidas en un estudio llevado a cabo en la Universidad de Edimburgo, la posesión del grado de master en enfermería promueve oportunidades promocionales, mejora la práctica clínica, genera un sentimiento de satisfacción personal y logro relacionado con la adquisición de habilidades académicas, y contribuye al crecimiento personal al desarrollar un poder de razonamiento avanzado<sup>6</sup>.

Otra investigación<sup>7</sup>, esta vez llevada a cabo con profesores de enfermería responsables de programas de masteres en enfermería de ocho universidades del Reino Unido, señala que los graduados con un nivel de master adquieren una serie de atributos para su práctica profesional. Estos atributos o competencias se recogen en cuatro áreas: (1) competencias cognitivas; (2) competencias relacionadas con la práctica; (3) orientación para la investigación; y (4) dinamismo personal. A continuación se describirán brevemente las peculiaridades de estas cuatro características, identificadas por los profesores entrevistados en este estudio como relevantes en la educación a nivel de master.

En primer lugar las competencias cognitivas. Éstas incluyen el análisis crítico, la síntesis de conocimiento y la solución de problemas. Es decir, los estudiantes deben adquirir nuevo conocimiento, pero un conocimiento de enfermería en profundidad y también habilidad para resolver situaciones

complejas. Se espera que la enfermera justifique sus acciones utilizando un conocimiento teórico pero demostrando al mismo tiempo un grado de pragmatismo. Por ello, la educación de master conlleva el desarrollo de un grado profundo de reflexión, conocido como pensamiento crítico.

Por otro lado, están las competencias relacionadas con la práctica. Éstas consisten en la aplicación del conocimiento experto en situaciones concretas de la práctica de enfermería. Es decir, a través del análisis de situaciones complejas es saber identificar las acciones más apropiadas para cada situación utilizando un pensamiento clínico experto y tomando decisiones autónomas. Por otro lado, no solo se debe tener un enfoque holístico centrado en el paciente, sino que es necesario incluir liderazgo e innovación en el cuidado. Se espera de la enfermera que desarrolle enfoques creativos de trabajo.

La tercera característica aportada por los estudios de master corresponde a la orientación para la investigación, que consiste en adquirir la competencia para analizar, interpretar y aplicar los resultados de la investigación. En este sentido, esta característica se basa en el uso de la investigación para guiar la práctica (enfermería basada en la evidencia) y no tanto en el desarrollo de la competencia investigadora para llevar a cabo estudios de investigación metodológicamente sofisticados y complejos (esta competencia se adquiere con el doctorado).

Por último se señala el dinamismo personal como competencia adquirida durante el proceso de enseñanza-aprendizaje del master. Los profesores entrevistados señalan que la educación a nivel de master conlleva un cambio personal en el estudiante, además de la adquisición de competencias cognitivas, investigadoras y prácticas. Se adquiere confianza para la práctica y mayor asertividad.

Resumiendo, en base a los descriptores de Dublín y los estudios realizados sobre las aportaciones del master queda patente que la finalidad del master es la adquisición, por parte del estudiante, de una formación avanzada que le permita desarrollar un rol avanzado en enfermería.

## Rol Avanzado y Master en Ciencias de la Enfermería.

El Master en Ciencias de la Enfermería (MCE) de la Universidad de Navarra fue desarrollado con el objetivo de formar a profesionales que sean capaces de articular la ciencia de la enfermería, aplicar el conocimiento de la disciplina para guiar la práctica y la investigación y contribuir, de manera única, al cuidado de la persona a través de una práctica avanzada en enfermería.

Para el buen desarrollo del programa docente del MCE, tres profesoras de la Escuela de Enfermería realizaron una estancia posdoctoral de tres meses, en el Massachusetts General Hospital en Boston (EEUU), con el objetivo de trabajar "in situ" la Práctica Avanzada y la integración del Rol Avanzado en el ámbito hospitalario. De especial valor, en esta visita posdoctoral, ha sido la transmisión de la experiencia de la Dra. Dorothy Jones, y su equipo, que son pioneras en la implantación del Rol Avanzado en EEUU. Tras dos años de desarrollo y planificación del master, en 2007 se inicia el primer curso del MCE, acreditado por ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) como título oficial de master.

Los objetivos del programa, con una duración de dos años y una carga lectiva de 120 ECTS, son:

1. La formación de profesionales con alto grado de competencia con una sólida formación humanística, capaces de estructurar, desde una perspectiva enfermera, el cuidado de la persona.
2. La formación de investigadores con capacidad para aplicar los principios de la investigación en estudios clínicos, y de utilizar la evidencia en la práctica.
3. La formación de profesionales con la actitud necesaria para desarrollar un rol avanzado en el ámbito académico o clínico.

## Características del MCE.

El plan docente del master consta de tres módulos obligatorios (I, II, III y IV), un módulo optativo a elegir (V/A o V/B) y además el trabajo fin de master (ver tabla 1).

**Tabla 1. Plan docente del Master en Ciencias de la Enfermería.**

Módulo	Nº de créditos (ECTS)
I. Filosofía, modelos y teorías de la Enfermería	15
II. Ética en Enfermería	5
III. Investigación en enfermería	40
IV. Rol avanzado en enfermería	30
V/A. Formación inicial en docencia universitaria	10
V/B. Conocimiento clínico avanzado	10
Trabajo fin de master	20
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>

Todos los estudiantes cursan los módulos I, II, III y IV correspondientes a filosofía, ética, investigación y rol avanzado en enfermería. A continuación se describen brevemente estos cuatro módulos.

**Módulo I. Filosofía, modelos y teorías de la Enfermería (15 ECTS)**, con sus respectivas asignaturas (ver tabla 2). Este módulo permite profundizar en la naturaleza y la esencia de la Enfermería; la estructura y naturaleza de su conocimiento y reconocer la importancia de la teoría para la Enfermería como disciplina y profesión. Igualmente, trata los conceptos fundamentales del metaparadigma de la Enfermería. A su vez, promueve que el estudiante sea capaz de reconocer la importancia de la excelencia individual del profesional para poder llevar a cabo un cuidado excelente de la persona.

**Tabla 2. Módulo I. Filosofía, modelos y teorías de la Enfermería.**

<b>Asignaturas</b>
Historia y filosofía de la ciencia
Metaparadigmas de la enfermería
Filosofía de la enfermería
Modelos conceptuales de la enfermería
Teorías de la enfermería
La implementación de los sistemas conceptuales y teóricos en la práctica y en la investigación

**Módulo II. Ética en Enfermería (5 ECTS)** con sus respectivas asignaturas (ver tabla 3). Este módulo permite profundizar en la respuesta ética a los conflictos que surgen en la práctica clínica. El estudiante debe ser consciente de cómo la libertad personal y la responsabilidad sustentan el liderazgo y la carrera profesional.

**Tabla 3. Módulo II. Ética en Enfermería.**

<b>Asignaturas</b>
Ética y cuidado
Ética de la investigación en enfermería
Ética en la práctica clínica

**Módulo III. Investigación en enfermería (40 ECTS),** (ver tabla 4). En este módulo se pretende capacitar a los profesionales de la enfermería para que puedan plantear, generar o crear preguntas de investigación, así como examinar aspectos relevantes para su práctica a partir de un paradigma enfermero. Asimismo, se quiere capacitar a profesionales de la enfermería para la realización, en su entorno de trabajo, de una actividad investigadora competitiva que contribuya al desarrollo del conocimiento de enfermería. El estudiante se familiariza con la investigación cuantitativa, cualitativa y la metodología combinada, y debe ser capaz de sintetizar y exponer resultados de investigación para promover la Enfermería Basada en la Evidencia.

**Tabla 4. Módulo III. Investigación en enfermería.**

<b>Asignaturas</b>
Introducción a la investigación en enfermería
Enfermería basada en la evidencia
Metodología de investigación cuantitativa
Metodología de investigación cualitativa
Combinación de metodologías para investigación en enfermería

**Módulo IV. Rol avanzado en enfermería (30 ECTS)**, con sus respectivas asignaturas (ver tabla 5). En este módulo el estudiante debe adquirir un conocimiento avanzado en enfermería que le permita cuestionarse acerca de su práctica clínica, analizar e interpretar los problemas prioritarios de salud, y responder a las necesidades socio-sanitarias de la población desde un pensamiento enfermero.

**Tabla 5. Módulo IV. Rol avanzado en enfermería.**

<b>Asignaturas</b>
Rol avanzado en enfermería
Envejecimiento y salud
Procesos crónicos cuidados de larga duración
La familia como ámbito y unidad de cuidado
Promoción de la salud en las diferentes etapas de la vida

Además de los cuatro módulos obligatorios mencionados anteriormente, los estudiantes deben elegir uno de los dos itinerarios existentes, según su interés por la docencia universitaria o la práctica clínica.

**Módulo V/A. Formación inicial en docencia universitaria (10 ECTS)** (ver tabla 6). El objetivo es que el estudiante adquiera una formación técnico-pedagógica que le sirva de ayuda para reconocer los cambios, liderar procesos de renovación y dar respuesta con eficacia y solidez conceptual a los nuevos retos de la profesión docente dentro del marco del Espacio Europeo

de Educación Superior. Además, capacita al estudiante para la innovación y el desarrollo profesional continuado, impulsando el rol avanzado de enfermería desde el ámbito docente. Este módulo consta de clases teóricas presenciales y un practicum docente que tiene lugar en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Navarra. Los estudiantes, bajo la supervisión de un profesor, desarrollan sus prácticas en el ámbito universitario.

**Tabla 6. Módulo V/A. Formación inicial en docencia universitaria.**

<b>Asignaturas</b>
Desarrollo del currículum
Proceso de enseñanza aprendizaje en ciencias de la salud
Practicum: Formación inicial en docencia universitaria

**Módulo V/B. Conocimiento clínico avanzado (10 ECTS)**, con sus respectivas asignaturas (ver tabla 7). El objetivo es que el estudiante analice la aplicación práctica de las principales características del rol avanzado en enfermería y planifique estrategias para integrar los conocimientos teóricos del rol en la práctica. Este módulo consta de clases teóricas presenciales y un practicum clínico que son simultáneos. Los estudiantes, bajo la supervisión de un mentor, realizan prácticas en unidades de enfermería de la Clínica Universidad de Navarra, con el objetivo de consolidar el rol clínico avanzado.

**Tabla 7. Módulo V/B. Conocimiento clínico avanzado.**

<b>Asignaturas</b>
Desarrollo y aplicación del conocimiento clínico avanzado
Impacto del rol avanzado en enfermería en el cuidado de pacientes y familiares
Practicum: Conocimiento clínico avanzado

Por último, para completar el programa el estudiante debe realizar un Trabajo Fin de Master que consiste en una propuesta de investigación en la que el estudiante debe plasmar los conocimientos adquiridos durante el desarrollo del Master. La evaluación de este trabajo concluye con su defensa pública ante un tribunal designado al efecto.

Resumiendo, a través de estos cinco módulos, las enfermeras deben adquirir un conocimiento de enfermería en profundidad y comprender e interpretar la teoría de enfermería, además deben desarrollar la competencia para analizar y aplicar la investigación, y para resolver situaciones complejas a través del pensamiento crítico y del razonamiento ético, desarrollando una práctica avanzada en enfermería. Se aspira a que el profesional de enfermería, una vez haya finalizado su formación en el MCE, sea capaz de desarrollar la competencia del rol avanzado que le permita, en su futura práctica profesional, contribuir a la eficacia de los cuidados de enfermería, al conocimiento de la disciplina y a la mejora de los servicios socio-sanitarios.

### **Contribución del MCE en la implantación de la práctica avanzada.**

A pesar de no disponer en la actualidad de datos estadísticos que demuestren la contribución del MCE en el proceso de implementación del rol avanzado en la práctica clínica directa en nuestro contexto, cabe señalar que la mayoría de los egresados de este master están ocupando puestos, en el ámbito clínico y docente, en los que están desarrollando un rol avanzado en enfermería. Por otro lado, los propios estudiantes han valorado positivamente este master, indicando un alto grado de satisfacción con el mismo. Así pues, la adquisición de nuevas competencias como el *coaching* (orientación experta), el liderazgo, la colaboración, o la investigación, parece que permite desarrollar una práctica de enfermería más avanzada y adaptada al complejo marco sanitario actual<sup>1</sup>.

### **Master en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería.**

Considerando la experiencia positiva del MCE anteriormente expuesta, el interés de los profesionales para la formación de posgrado, así como las nuevas normativas de master, se diseña un nuevo master con un enfoque



centrado en el rol avanzado en enfermería y en la investigación, con una duración de un año y una carga lectiva de 60 ECTS. Este master pretende formar a profesionales de la enfermería capaces de desarrollar, en el ámbito clínico y docente, el denominado "Rol Avanzado".

Para configurar el programa del Master en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería se ha tomado como referencia el MCE (2007/2008 y 2009/2010), así como la oferta docente de otros títulos de master ofertados por universidades estadounidenses (*Boston College School of Nursing* y con la *School of Nursing University of Pennsylvania*) y universidades del Reino Unido (*University of Manchester*, *King's College London* y *University of Edinburgh*) de enorme prestigio en los estudios sobre Práctica Avanzada e Investigación. Este nuevo master se implanta por primera vez el curso 2010/2011 (<http://www.unav.es/master/investigacion-enfermeria/>).

El título de master se obtiene mediante la superación de las materias, que estructuradas en cinco módulos más un Trabajo Fin de Master, conforman el plan docente (ver tabla 8).

Tabla 8. Plan docente del Master en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería

Materias	Créditos (ECTS)
<b>Materias obligatorias</b>	
Módulo I. Filosofía, Modelos, Teorías y Ética en Enfermería	41
Módulo II. Investigación en Enfermería	
Módulo III. Rol Avanzado en Enfermería	
<b>Materias optativas (a elegir IV/A+V o IV/B)</b>	
Módulo IV/A. Conocimiento Clínico Avanzado en Enfermería	4
Módulo V. Práctica Avanzada en Enfermería. Prácticas externas (vinculado al módulo IV/A)	9
Módulo IV/B. Formación Inicial en Docencia Universitaria	13
<b>Módulo VI. Trabajo Fin de Master</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>

Este nuevo master, centrado en el rol avanzado en enfermería y en la investigación, pretende formar a profesionales de la enfermería capaces de desarrollar, en el ámbito clínico y docente, el rol avanzado contextualizado en una nueva frontera, de una práctica profesional más avanzada en la disciplina enfermera.

Es decir, una práctica basada en los pilares, de una formación académica rigurosa, en el desarrollo e innovación y en la investigación, que extiende sus límites más allá del ámbito de la práctica y contribuye al desarrollo del conocimiento de enfermería y al avance de la profesión, con el objetivo último de dar respuesta a las necesidades actuales de la sociedad.

## Conclusiones.

Como queda reflejado por los autores Ashworthy y colaboradores<sup>7</sup>, el objetivo de un master en enfermería es la adquisición de una serie de atributos o competencias que se podrían englobar en cuatro áreas: competencias cognitivas, competencias relacionadas con la práctica, orientación para la investigación y dinamismo personal. El MCE ha permitido la formación en estas cuatro áreas, capacitando a los profesionales con un conocimiento clínico experto que les permita realizar juicios clínicos avanzados, tener la habilidad para la toma de decisiones éticas, para el desempeño de funciones de consultor y para colaborar y trabajar con equipos multidisciplinares. Asimismo, el MCE capacita para ejercer un liderazgo transformacional y fuerte en los sistemas de salud.

Estas competencias, propias del desempeño de un nuevo perfil profesional denominado "rol avanzado", permitirán mejorar la práctica a través de la investigación, crear nuevo conocimiento de enfermería y mejorar e innovar los cuidados y los servicios de salud más allá de los límites de la práctica tradicional.

## Referencias Bibliográficas.

1. Cunningham RS. Advanced practice nursing outcomes: a review of selected empirical literature. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(2): 219-232.
2. Lenz ER, Mundinger MO, Kane RL, Hopkins SC, Lin SX. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med Care Res Rev*. 2004;61(3): 332-351.
3. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, et al. Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 2000;283(1): 59-68.
4. Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Browne G, & Pinelli J. Advanced practice nursing roles: developing, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*. 2004;48(5): 519-529.
5. International Council of Nurses Regulation Network. Regulation terminology, 2005. Disponible en: <http://icn.ch/regterms.htm> [Consultado el 15.10.2010].
6. Whyte D, Lugton J, Fawcett T. Fit for purpose: the relevance of Masters' preparation for the professional practice of nursing. A 10-year follow-up study of postgraduate nursing courses in the University of Edinburgh. *J Adv Nurs*. 2000;31(5): 1072-1080.
7. Ashworth PD, Gerrish K, McManus M. Whither nursing? Discourses underlying the attribution of master's level performance in nursing. *J Adv Nurs*. 2001;34(5): 621-628.



# EL DESARROLLO DEL ROL AVANZADO EN EL ÁREA DE CARDIOLOGÍA A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN DE POSTGRADO

Autora:

**Mónica Vázquez Calatayud**

Responsable de Área de Desarrollo Profesional y Formación en Enfermería.

Clínica Universidad de Navarra.

Profesor Asociado. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

mvazca@unav.es

## **Introducción.**

La enfermedad cardiovascular es una de las primeras causas de muerte y discapacidad en todo el mundo (OMS 2009). En los últimos años, el número de ingresos se ha duplicado aunque gracias a la efectividad de la cirugía cardíaca, la tasa de mortalidad ha disminuido (OMS 2008). Cabe señalar que este descenso no sólo depende de la cirugía sino también de un adecuado plan de alta del paciente y su familia (Tranmer & Parry 2004). No obstante, la disminución de la estancia hospitalaria ha supuesto que el profesional de enfermería posea menos tiempo para garantizar una preparación óptima del

paciente y su familia a casa (Theobald & McMurray 2004, Tranmer & Parry 2004).

Múltiples autores ponen de manifiesto que una adecuada planificación del alta favorece la disminución de los reingresos hospitalarios y de los costes, mejora la satisfacción del paciente con el cuidado y la adherencia del paciente al tratamiento<sup>1</sup> (Richards & Coast 2003, Shepperd *et al.* 2004, Lin *et al.* 2009). Por su parte, Tranmer & Parry (2004) apuntan que las enfermeras de práctica avanzada (EPAs) se encuentran en una posición única para coordinar e implementar la planificación del proceso de transición a casa, ya que tienen un conocimiento exhaustivo de la situación de los pacientes, son capaces de fomentar la comunicación entre una variedad de disciplinas, y están en condiciones de brindar un cuidado holístico. Asimismo, estos autores proponen futuros estudios para evaluar el rol de la EPA en la planificación del alta de los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca (Tranmer & Parry 2004). Con esta perspectiva, y aún siendo consciente de la incipiente aparición de este perfil en España, en este capítulo se presenta cómo se ha desarrollado el rol avanzado durante la formación de postgrado y cuál ha sido su implicación en el área de hospitalización de Cardiología.

## Desarrollo del Rol Avanzado.

Cuando me incorporé en el área de Cardiología para desarrollar mi practicum, era una persona ajena para el personal de enfermería, ya que, trabajaba como enfermera asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Por este motivo, tuve que presentarme y tratar de explicar mi rol como enfermera clínica avanzada en formación. Les expliqué que el objetivo principal de una EPA no variaba del de un profesional de enfermería -el cuidado del paciente-, y que para ello debía desarrollar unas competencias dirigidas a promover la excelencia en dicho cuidado. Competencias de investigación, de liderazgo, un conocimiento clínico experto que permitiera realizar juicios clínicos avanzados, adquirir habilidades para la toma de decisio-

---

<sup>1</sup> Adherencia al tratamiento: "es el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria" (Sabaté 2004).

nes éticas, para el desempeño de funciones de consultor y para colaborar y trabajar con equipos multidisciplinares.

Debido al escepticismo percibido por parte del personal y a la necesidad de integrarme para poder desarrollar mis competencias, al principio, mi rol se centró principalmente en observar, escribir un memo reflexivo de lo observado y en identificar las necesidades que había en la unidad. Una de las necesidades identificadas durante el curso de mi practicum, y en la que me voy a centrar en este capítulo, fue la de elaborar e implementar un programa educativo para que los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca y sus familiares fueran capaces de manejar su condición crónica.

Para ello, me planteé liderar un proyecto, junto con el grupo de trabajo de Cardiología de la Clínica Universidad de Navarra, con el objetivo de desarrollar, implementar y evaluar una intervención de enfermería para la educación para la salud en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.

No obstante, me encontraba con varias limitaciones. Por un lado, mi grado novel como EPA y por otro lado, la ausencia de un perfil de rol avanzado precedente en la unidad. Para poder solventar ambas barreras, me planteé seleccionar un modelo que pudiera orientar el desarrollo de mi practicum en el área de hospitalización de Cardiología.

## **El modelo conceptual PEPPA.**

El modelo conceptual seleccionado fue el modelo PEPPA (Proceso Participativo, para la Enfermería de práctica avanzada, centrado en el Paciente y basado en la Evidencia). Este modelo, propuesto por Bryant-Lukosius & Di Censo (2004), se escogió porque: (a) proporciona un enfoque sistémico y basado en la evidencia para el desarrollo del rol avanzado en base a las necesidades de los pacientes, (b) guía el desarrollo de una práctica avanzada centrada en el cuidado del paciente de una manera holística, (c) promueve el uso de los conocimientos, las habilidades y la *expertise* en cada una de las competencias de la EPA, (d) crea un entorno profesional óptimo para el desarrollo del rol avanzado y (e) porque permite la evaluación continua y rigurosa del rol avanzado en base a los resultados obtenidos con el nuevo plan de cuidado.

Este modelo, como se muestra en la figura 1 (véase la figura 1), comprende nueve pasos que pasaré a describir a continuación:

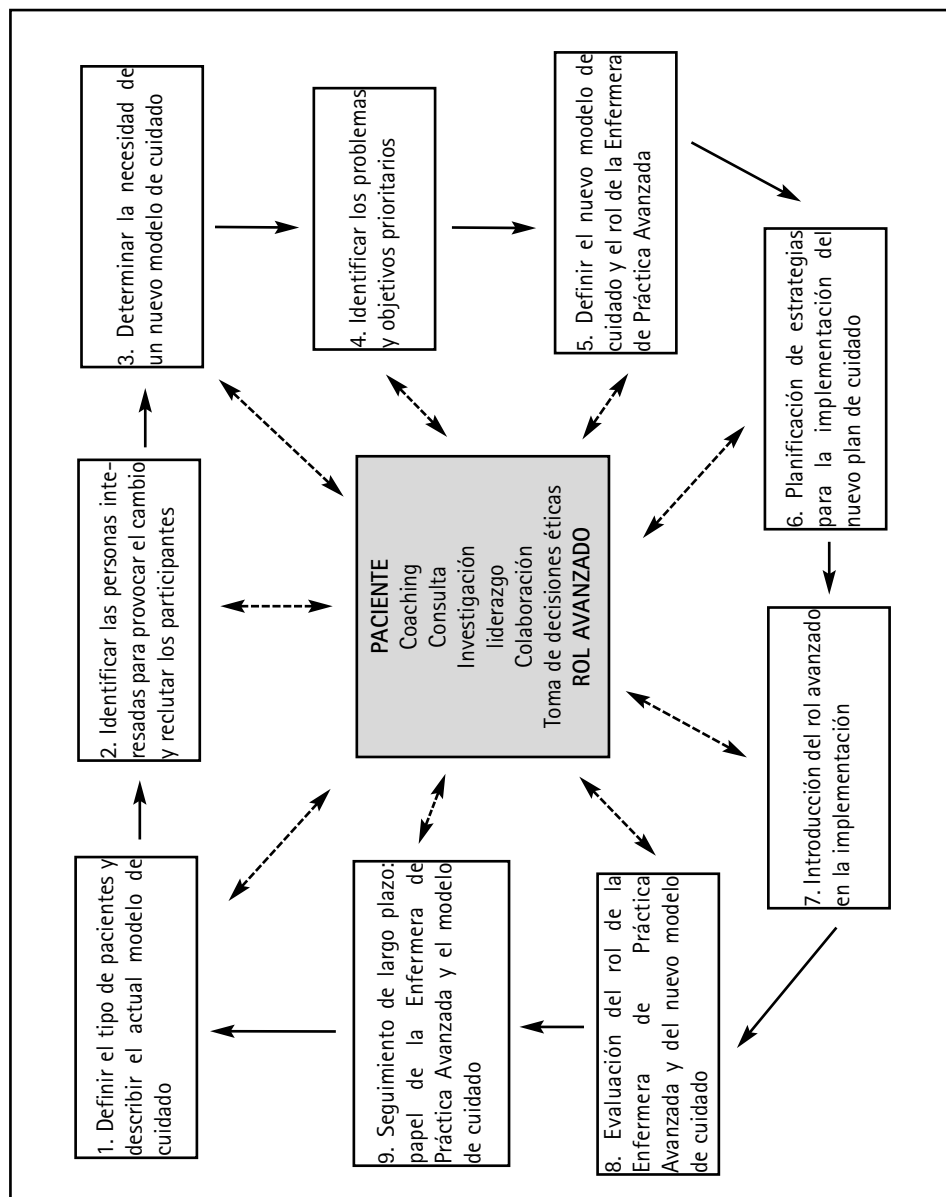


Figura 1. Modelo PEPPA.

Figura traducida y adaptada de Bryant-Lukosius & Di Censo (2004).



## **Paso 1. Definir el tipo de pacientes y describir el actual modelo de cuidado.**

Este paso preliminar consiste en identificar la población para la que el rol pretende desarrollarse, así como en definir cómo los pacientes y sus familias se introducen en el sistema de salud e interactúan con los profesionales durante el proceso de cuidado (Smith 1997, citado en Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). En este caso, se dio prioridad a los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, cuyo proceso de cuidado abarca desde que ingresan a la unidad hasta que se van de alta. Esta decisión fue compartida con la supervisora de la unidad, el subdirector del departamento y los profesionales de enfermería ejerciendo el liderazgo y la colaboración.

## **Paso 2. Identificar las personas interesadas para provocar el cambio ("Stakeholders") y reclutar a los participantes.**

La principal premisa de este modelo es que todos los "stakeholders", independientemente de sus funciones, tienen la capacidad de reflexionar, aprender, informar, y trabajar para mejorar el modelo de cuidado (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). Para este proyecto, los "stakeholders" fueron los pacientes, los familiares, el equipo de enfermería y el equipo médico, todos ellos imprescindibles para garantizar el compromiso y apoyo en el proyecto de mejora previsto.

Los participantes se refieren a las personas implicadas en la aplicación del modelo. El término participante, más que "stakeholders" se emplea para reflejar el rol activo de los individuos implicados (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). En este modelo de cuidado se incluyeron como participantes activos a los pacientes y familiares, ya que es un modelo centrado en el paciente. Asimismo, se identificaron como participantes potenciales la supervisora de enfermería de la unidad, el subdirector del departamento de cirugía cardíaca, las profesionales de enfermería y la EPA. Del mismo modo, la EPA facilitó el proceso. La EPA como facilitador es un participante activo que promueve la equidad y la participación valiosa de todos los participantes (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004).

En este sentido, la EPA hizo de coach de los pacientes y familiares, del equipo médico y de enfermería. Además, en este segundo paso, la EPA ejerció el liderazgo en el ámbito clínico al identificar, coordinar y dar más poder a los "stakeholders". Asimismo, desarrolló la competencia de colaboración y de consulta, ya que ofreció y solicitó consejo para optimizar la atención al paciente.

### **Paso 3. Determinar la necesidad de un nuevo modelo de cuidado.**

Este paso tiene como objetivo analizar las fortalezas y debilidades del modelo de cuidado e investigar las necesidades del paciente y la familia, las necesidades de los "stakeholders", cuáles son las consecuencias de esas necesidades, así como de qué recursos y métodos disponen para adquirir esta información.

Para poder ilustrar cómo desarrollé esta fase voy a presentar un estudio de caso en el que se analiza el proceso de transición de un paciente intervenido de cirugía cardíaca y de su familiar durante su estancia hospitalaria en el área de Cardiología de un hospital privado.

Cabe señalar que emplearé el término "proceso de transición", en lugar de traslado, para enfatizar un proceso definido como "un paso o movimiento de un estado, condición o lugar, a otro" (Chick & Meleis 1986, p.239, Schumaker & Meleis 1994, p.119) que implica una adaptación y continuidad en la mejora de la calidad del cuidado (Chaboyer & Elliott 2007).

### **Estudio de caso.**

Este estudio de caso se sitúa en el área de Cardiología de un hospital privado. En este servicio de 35 camas, con un elevado índice de ocupación y una alta carga asistencial, aproximadamente el 35% de los pacientes están intervenidos de cirugía cardíaca, cirugía valvular y/o bypass aorto-coronario. Estos pacientes durante su estancia hospitalaria experimentan numerosas transiciones, desde su ingreso hospitalario, la intervención, pasando por la UCI, el traslado al área de hospitalización de Cardiología y el alta a casa. Durante esta estancia, cada vez más corta, el profesional de enfermería debe

facilitar la transición del paciente hacia su supervivencia. No obstante, la carga de trabajo de enfermería y la corta estancia hospitalaria propiciaron que la educación del paciente y de su familia en el área de Cardiología fuera deficitaria.

### **Descripción del caso.**

Jesús, un hombre de 72 años con antecedentes cardíacos que ingresa, en dos ocasiones durante el mismo mes, en el área de Cardiología para ser intervenido de cirugía cardíaca -de cirugía valvular y coronaria durante el primer ingreso y a los quince días de cirugía coronaria-. En ambos ingresos Jesús estuvo acompañado por su mujer, quién estuvo muy implicada e interesada por la recuperación de su marido.

Como EPA, durante el primer ingreso tuve varias entrevistas con Jesús y su mujer, en las que ambos expresaron su satisfacción con el cuidado y la atención prestada durante su estancia hospitalaria. Durante ese periodo, observé que la enfermera proporcionaba al paciente y a su familia información por escrito para facilitar su recuperación en casa.

Tras quince días, Jesús reingresó por dolor precordial y mal aspecto de la herida quirúrgica de la pierna derecha. Se le realizó un cateterismo en el que se visualizó una lesión importante de la arteria descendente anterior y de la circunfleja distal por lo que se le intervino de nuevo de bypass aorto-coronario. También, se inició tratamiento antibiótico por un cultivo positivo de la herida quirúrgica de la pierna derecha, intervenida en la anterior cirugía. En esta ocasión, durante las entrevistas, el paciente y su mujer expresaron su insatisfacción por la falta de información y atención recibida. Al contrario que en el primer ingreso, se mostraron apáticos, abatidos e impotentes con la situación.

### **Reflexión sobre el caso.**

Durante el primer ingreso ambos estuvieron satisfechos con la información y la atención recibida, debido a su favorable evolución tras la intervención y a la satisfacción de irse pronto a casa. No obstante, en el segundo ingre-

so tuvieron una percepción distinta, ya que su evolución fue más tórpida y su estancia más prolongada. Este hecho tuvo una repercusión psicosocial importante sobre ambos que pasó desapercibida por las enfermeras responsables.

De las entrevistas realizadas durante el segundo ingreso, se identificó que ambos, el paciente y el familiar, tenían ansiedad. Dicha ansiedad se incrementó conforme se acercaba el día del alta hospitalaria. Para mitigar dicha ansiedad y prevenir en un futuro su aparición, realicé más entrevistas, consulté la evidencia sobre el tema y lideré una tormenta de ideas con las enfermeras y médicos responsables del paciente. Las causas identificadas fueron la desinformación, el miedo a recaer y el reciente traslado a casa. Con respecto a la tercera causa, el reciente traslado a casa, se conoce con el término "transfer anxiety" o síndrome de estrés del traslado (Carpenito 2003). Este síndrome se ha definido como "el estado en el que un individuo experimenta trastornos fisiológicos, psicológicos, o ambos, como resultado del traslado de un ambiente a otro" (Carpenito 2003, p.1016).

Asimismo, el paciente y su mujer manifestaron miedo a recaer, disminución de la capacidad para la toma de decisiones, pérdida de control y sentimientos de inseguridad, así como desconfianza hacia los profesionales, que son también característicos del síndrome de estrés del traslado (Carpenito 2003, p.1018). Cabe resaltar este último aspecto por su impacto potencial sobre la recuperación, ya que si el paciente confía en los profesionales es más probable que siga sus consejos (Dunkley *et al.* 2007).

En base a los temas emergentes de las entrevistas realizadas se identificó que la preparación para facilitar la transición del paciente y su familiar desde esa área de hospitalización de Cardiología a casa no estaba siendo adecuada. Esta necesidad también se constató a través de un cuestionario de satisfacción del paciente<sup>2</sup> que, adaptado y con dos preguntas añadidas, también se entregó a los profesionales de enfermería. En un primer análisis de los resultados de ambos cuestionarios se detectó que la información al alta fue el aspecto menos valorado por enfermeras y pacientes.

---

2 Cuestionario elaborado en base a la bibliografía y pilotado en 11 pacientes de la planta de Cardiología.

Por tanto, en esta fase se desarrolló la competencia de consultora, utilizando la enfermería basada en la evidencia, intentando, a la vez, transmitir esta cultura investigadora al resto del equipo. Además, se emplearon como estrategias para determinar la necesidad de un nuevo modelo, la auto-reflexión, la comunicación con el paciente intervenido de cirugía cardíaca (Munro & Taylor-Panek 2007), con su familia y con los profesionales implicados en su cuidado. También, se emplearon estrategias de negociación con los profesionales de enfermería, como la estrategia normativa-re-educativa participativa, en la que el agente de cambio negocia con el grupo la toma de decisiones (Wright p.15). Por último, cabe señalar que se fomentó la comunicación, la cooperación, el respeto y la confianza con el paciente, la familia y el equipo de trabajo para actuar como agente de cambio en la mejora del cuidado del paciente, de acuerdo con la misión de la organización<sup>3</sup>.

#### **Paso 4. Identificar los problemas y objetivos prioritarios.**

Este paso busca una comprensión más profunda de las necesidades de los pacientes y de los puntos fuertes y débiles del actual modelo de cuidado (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). Se intenta llegar a un consenso con los principales "stakeholders", establecer prioridades y fijar metas para lograr la máxima mejora. De este modo, se proporciona la base sobre la que se identificarán y se evaluarán los resultados para el nuevo modelo de cuidado.

Para ello, se empleó un cuestionario de satisfacción de los pacientes con la información recibida al alta (traducido y adaptado de Forbes 1995) y entrevistas semi-estructuradas en base a una guía elaborada en base a la mejor evidencia disponible. De este modo, se obtuvo una comprensión más profunda de las necesidades de los pacientes y se planteó implementar un nuevo modelo de cuidado para planificar el alta del paciente intervenido de cirugía cardíaca y así mejorar los conocimientos, la adherencia al tratamiento y el nivel de satisfacción del paciente y su familia. Asimismo, se preten-

---

<sup>3</sup> La misión de la Clínica Universidad de Navarra es prestar una excelente atención a los pacientes a través de una práctica clínica innovadora, que integra la investigación y la docencia al más alto nivel científico, humano y profesional con espíritu cristiano de servicio a la persona y a la sociedad (<http://www.cun.es/la-clinica/identidad-institucional/mision/>)

de que mejore la calidad y la continuidad del cuidado proporcionado en el área de cardiología.

### **Paso 5. Definir el nuevo modelo de cuidado y el rol de la EPA.**

Esta es la etapa de acción del modelo, donde se determinan los cambios a realizar (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). A este respecto, se plantean las siguientes preguntas: ¿Qué prácticas y estrategias nuevas de cuidado se pueden emplear para lograr los objetivos identificados? ¿Existe evidencia que avale dichos cambios?

En respuesta a estas preguntas, cabe señalar que ante la necesidad de mejorar la educación prestada al paciente y a la familia durante su estancia hospitalaria en el área de cardiología, se diseñó un libretto de autoayuda para los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca con los aspectos más importantes a educar<sup>4</sup>: cuidado de las heridas, recomendaciones nutricionales, medicación, actividad física y descanso, aspectos psicosociales y otras indicaciones. Esta educación se iniciará en el período preoperatorio (Stern & Lockwood 2005) y, como se apunta en múltiples revisiones sistemáticas (Shepperd *et al.* 2004, Fernandez *et al.* 2007, Johnson *et al.* 2008, Fredericks *et al.* 2010), se transmitirá por vía verbal y escrita asegurándose de que el paciente y/o su familia la asimilan. Este nuevo modelo de cuidado, por tanto, se ha considerado una herramienta sencilla y efectiva para incrementar el conocimiento, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente y su familia (Shepperd *et al.* 2004, Fernandez *et al.* 2007, Johnson *et al.* 2008, Fredericks *et al.* 2010).

Asimismo, cabe preguntarse ¿cómo una EPA puede desarrollar su rol en esta fase del proceso? En este caso, desarrollé este perfil a través de las siguientes competencias: práctica clínica directa, *coaching*, consulta, investigación, liderazgo, colaboración y toma de decisiones éticas, descritas en la tabla 1.

---

<sup>4</sup> Se ha diseñado en base a las necesidades del paciente, la experiencia de las enfermeras y la mejor evidencia existente.

Tabla 1. Descripción de los atributos del rol avanzado en la práctica.

Práctica clínica directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con el paciente en colaboración con la enfermera y el médico responsable, al tratar de identificar sus necesidades, valorando al paciente de manera holística y continuada y estableciendo prioridades de cuidado para implementar en el nuevo modelo educativo.</li> <li>▪ Evaluación del modelo de cuidado actual (cuestionarios y entrevistas semi-estructuradas) con los ajustes necesarios.</li> <li>▪ <i>Empowerment</i> a las enfermeras de la planta involucrándoles en el diseño del folleto de autoayuda.</li> </ul>
"Expert Coaching" y orientación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El coaching<sup>5</sup> al paciente, a la familia y al personal de enfermería en relación a la planificación del alta (motivación a aprender y a enseñar, respectivamente).</li> <li>▪ Valorar las aportaciones del personal de enfermería y su forma de educar.</li> <li>▪ Se facilita la práctica reflexiva al personal de enfermería.</li> </ul>
Consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta a otras EPAs del Reino Unido<sup>6</sup>, al equipo de enfermería de la consulta de Cardiología, al profesional docente de la Escuela Universitaria de Enfermería y al equipo médico.</li> <li>▪ Utilizando la EBE.</li> </ul>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparación de la EBE para la definición del nuevo modelo de cuidado.</li> </ul>

<sup>5</sup> Se ha empleado el término *coaching* en lugar del de educación porque implica la existencia de una relación interpersonal, esencial para una enseñanza eficaz (Hamric *et al.* 2009).

<sup>6</sup> A través de varias videoconferencias con Dorothy Jones y un seminario con Julienne Meyer.

## Liderazgo

- Revisión de la evidencia, facilitando la información encontrada a la enfermera. Transmisión de una cultura investigadora.
- Previsión de la participación en un proyecto de investigación en base al proyecto de mejora planificado.
- Liderazgo para que la enfermera de planta reflexione sobre la necesidad de un nuevo modelo de cuidado para la planificación del alta.
- Liderazgo transformacional: coordinación del proyecto de mejora con la supervisora. Se ejercen: habilidades de comunicación, un claro compromiso con los pacientes y la disposición a colaborar con otros profesionales.
- Se lidera tormenta de ideas en la toma de decisiones compartida.
- Como agente de cambio.

## Colaboración

- Se trabaja en estrecha colaboración con los "stakeholders" para la planificación del alta durante todo el proceso, aportando información adicional-

## Toma de decisiones éticas

- A través de una práctica reflexiva constante.
- Toma la decisión de forma autónoma de facilitar las herramientas necesarias a la enfermera de planta para que perciba la necesidad de mejorar los cuidados del paciente, comenzando por conocer la percepción del propio paciente y su familia. De este modo, la enfermera de planta podrá actuar de forma similar en otros casos.

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia.



Además, es necesario enfatizar la existencia de una visión compartida, en la que todos contribuyeron de manera óptima con el fin de ofrecer la excelencia en el cuidado del paciente y su familia. Por otro lado, la comunicación que forma parte intrínseca de la colaboración y de la consulta, fueron clave para que pudiera interaccionar con otros profesionales y para garantizar la continuidad en el cuidado del paciente durante su estancia hospitalaria y tras el alta a casa.

**Paso 6 y 7. Planificación de estrategias para la implementación del nuevo plan de cuidado e introducción del rol avanzado en la implementación.**

Ambas fases corresponden también a la etapa de acción del modelo, en la que se planifican estrategias dirigidas a maximizar los facilitadores y minimizar las barreras identificadas previamente para la implementación del rol avanzado y del nuevo modelo de cuidado: facilitar el proceso de transición del paciente y su familia a casa (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). El detalle de las estrategias planificadas en relación a las barreras y facilitadores que identifiqué se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2. Estrategias de la EPA\* en relación a las barreras identificadas.**

	Barreras y facilitadores	Estrategias
Barreras	Desconocimiento del entorno, del equipo de enfermería y la dinámica de trabajo de la unidad.	Observación y proceso de socialización para facilitar la integración en la unidad.
	Ausencia de un perfil precedente en la unidad.	Transmisión del rol a través de la práctica.
	Falta de respuesta del equipo de enfermería en la identificación de áreas de mejora en la práctica clínica.	1. Elaboración de una encuesta para el personal de enfermería (sin éxito); 2. Entrevistas personales con cada enfermera.

Barreras	En algunos casos, falta de motivación de enfermería para el diseño del nuevo modelo de cuidado.	Estrategia normativa-re-educativa participativa: el agente de cambio negocia e implica al equipo de enfermería en el diseño del plan del alta -respuesta a varias preguntas: qué, porqué, cómo, dónde, cuándo y quién- (Wright 2003, p.15).
	Ausencia en la evidencia de un modelo de cuidado en el paciente intervenido de cirugía cardíaca.	Desarrollo de una visión compartida con el personal de enfermería, esencial para liderar el cambio. <i>Coaching</i> del equipo de enfermería.
	Falta de tiempo del personal de enfermería y estancia hospitalaria corta de los pacientes.	Diseño del modelo de cuidado en base a las necesidades de los pacientes y familiares de la unidad de cardiología (entrevistas), <i>expertise</i> de las enfermeras y bibliografía en colaboración con la supervisora y el equipo médico y a través de la consulta (con otras EPAs, docentes y expertos).
Facilitadores	Falta de trabajo en equipo en el área de hospitalización de cardiología.	Elaboración de un organigrama con el equipo de enfermería para facilitar la planificación del alta (véase apéndice 4).
	Apoyo institucional	Implicación al equipo de enfermería y al equipo médico en el proyecto de cambio (colaboración, consulta, comunicación).
	Apoyo de la supervisora de la unidad de cardiología.	Proyecto de mejora congruente con la misión de la organización. El plan del alta es uno de los estándar de calidad para asegurar la continuidad o seguimiento del cuidado del paciente (JCI 2007).
		Identificación como "stakeholder". Liderazgo del proyecto de cambio con la supervisora. Coordinación del proceso. Desarrollo de habilidades: comunicación constante, confianza, compromiso. Desarrollo de competencias: colaboración, consulta, investigación, <i>coaching</i> .

Características personales y del perfil (confianza, asertividad, *expertise*, habilidades de negociación, etc.

Potenciación de las habilidades y competencias del perfil.

Asimismo, para la implementación de este nuevo modelo de cuidado, planifiqué las siguientes estrategias: a) elaboración de una breve guía explicativa del protocolo para el personal de enfermería, b) introducción del protocolo en el sistema informático de cuidados para su uso en la práctica diaria, en él se podrá valorar la necesidad de reforzar cualquier aspecto de la educación del paciente de manera individualizada, b) programación de sesiones formativas para el personal de enfermería y c) seguimiento de la utilización del protocolo en la práctica diaria.

### Paso 8. Evaluación del rol de EPA y del nuevo modelo de cuidado.

Este paso consiste en evaluar el impacto potencial del rol avanzado en enfermería a través del nuevo modelo de cuidado. Para ello, en base al modelo PEPPA se pueden evaluar los siguientes elementos: a) *la estructura* -los recursos, el entorno y las características de la EPA-, b) *el proceso* -tipo de servicios, cómo se proporcionan los servicios y cómo se relaciona la EPA con la práctica, la educación, la investigación, la gestión, la organización y los profesionales- y por último, c) *los resultados* -efectos derivados del cuidado que están asociados a los anteriores factores, estructura y proceso- (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004).

Cabe señalar que ante la complejidad de medir estos tres elementos, se ha considerado oportuno centrarse en la evaluación de los resultados, que están estrechamente relacionados con la estructura y el proceso. Estos resultados serán evaluados a través del impacto del nuevo modelo de cuidado sobre la satisfacción del paciente y su familia al alta (Forbes 1995) y la adherencia al tratamiento del paciente en el momento del alta, al mes y a los 3 meses de la intervención, mediante la comparación de parámetros fisiológicos y analíticos (presión arterial, índice de masa corporal, triglicéridos).

dos, colesterol y glucosa) y la utilización de un cuestionario<sup>7</sup>. Para ello, se plantea la realización de un estudio cuasi-experimental en la unidad de cardiología, en el que se compararán los resultados antes (grupo control) y después de la intervención (grupo experimental), con un seguimiento al mes, coincidiendo con la consulta post-alta<sup>8</sup>.

Por otro lado, también se podrá medir el impacto potencial del plan del alta del paciente intervenido de cirugía cardíaca y su familia en la práctica diaria a más largo plazo, en cuanto a la disminución de los reingresos hospitalarios, la mejoría de la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, el descenso de complicaciones, o el incremento coste-efectividad, con el consiguiente beneficio para el paciente, la familia y la organización. Cabe señalar que la mayoría de estos resultados se han evaluado en otros estudios incluidos en la tabla 3 (n= 7), de los que cuatro son estudios valorados como estudios de alta calidad metodológica.

En esta fase de evaluación se desarrollaron las siguientes competencias: *coaching*, consulta, investigación, liderazgo, colaboración y toma de decisiones éticas, descritas en la tabla 4.

### Tabla 3. Resultados (pacientes) evaluados en los artículos seleccionados\*

ECA: Ensayo control aleatorizado; EC: Ensayo control; n.s: no significativo.

\*NOTA: los resultados más evaluados fueron la satisfacción y la adherencia al tratamiento.

---

7 Este cuestionario está siendo adaptado del facilitado por Lin *et al.* (2009).

8 Para la realización del estudio se está solicitando el consentimiento informado al paciente, habiendo obtenido previamente la aprobación del comité ético.

	Tipo de estudio	Bypass Ao-Co	Valvular	Intervención	Instrumentos de evaluación	Mejor auto-cuidado	Menos complicaciones	Mayor satisfacción	Calidad de vida	Reingresos / Emergencia	Empowerment	Adherenci al tratamiento	Recuperación		
													Física	Social	Psicología
Johansson <i>et al.</i> 2004	Revisión sistemática	<input type="checkbox"/>		Sí	-----			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
Tranmer & Parry 2004	ECA		<input type="checkbox"/>	Sí	Health-related quality of life Cuestionario de satisfacción Utilización de los recursos sanitarios			<input type="checkbox"/>	n.s	n.s					
Cebeci & Celik 2007	Cuasi-experimental	<input type="checkbox"/>		Sí	Self-Care Agency Scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Lopez <i>et al.</i> 2007	Prospectivo	<input type="checkbox"/>		Cirugía	The sickness Impact Profile The Chinese version of the Centre for epidemiologic studies-depression								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krannich <i>et al.</i> 2008	EC	<input type="checkbox"/>		Sí	Cuestionario de motivación						<input type="checkbox"/>				
Frederick <i>et al.</i> 2009	Revisión sistemática	<input type="checkbox"/>		Sí	-----		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
Lin <i>et al.</i> 2009	Cuasi-experimental	<input type="checkbox"/>		Sí	Cuestionario de adherencia al tratamiento Parámetros clínicos							<input type="checkbox"/>			

**Tabla 4. Descripción de los atributos del rol avanzado en la fase de evaluación\*.**

"Expert Coaching" y orientación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observación de los planes de cuidados y promoción del juicio clínico de los profesionales en la valoración de la educación facilitada.</li> <li>▪ Apoyo a otros profesionales en la práctica clínica (experiencia y EBE).</li> <li>▪ Formación de las enfermeras para mantener el contenido, el enfoque y la integridad de la intervención.</li> </ul>
Consulta	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta a otras EPAs del Reino Unido, al equipo de enfermería de la consulta de Cardiología, al profesional docente de la Escuela Universitaria de Enfermería y al equipo médico para mejorar la atención del paciente y / o las habilidades y la confianza de la EPA.</li> <li>▪ Utilizando la EBE.</li> </ul>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseño de un estudio para testar la eficacia del nuevo modelo de cuidado e indirectamente del rol de la EPA.</li> <li>▪ Pilotaje del folleto de autoayuda para evaluar su comprensión.</li> <li>▪ Evidencia de los resultados potenciales de un nuevo modelo de cuidado.</li> <li>▪ Apoyo en las guías prácticas más actualizadas y promoción de la formación de otros profesionales.</li> <li>▪ Modelo conceptual como guía para la evaluación del nuevo modelo de cuidado.</li> </ul>
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exposición de un plan de mejora realista, planteando los posibles resultados y cómo evaluarlos.</li> </ul>

## Colaboración

- Se tiene en cuenta la duración y permanencia de los cambios propuestos y los factores y personas que influirán en el proceso.

- Importancia de evaluar el impacto del nuevo modelo para planificar el alta como un estándar de calidad de la atención del paciente.

- Se aboga por el desarrollo y crecimiento de la disciplina adoptando un rol de líder en la gestión de los cuidados.

- Se trabaja en estrecha colaboración con los "stakeholders" para la planificación de la evaluación del nuevo modelo de cuidado.

- Implicación de otros profesionales de la misma o de otras disciplinas para optimizar el plan de mejora y los resultados planteados, y para mejorar la salud y bienestar de los pacientes y familiares.

## Toma de decisiones éticas

- Fomento de la toma de decisiones compartida que facilite la autonomía del personal de enfermería durante la evaluación de su práctica.

- Toma decisiones sobre la mejor forma de evaluar el nuevo modelo de cuidado consultando a otros profesionales de la misma u otras disciplinas.

- Agente moral: la creación de un entorno ético siguiendo los principios de beneficencia (el deber de hacer el bien y evitar el daño) y fidelidad (el deber de honrar los compromisos). Consentimiento informado para la participación en el estudio (véase apéndice 6).

\* El estudio publicado por *Cooke et al.* 2008 ha servido de guía para el desarrollo de algunas de estas competencias.

### **Paso 9. Seguimiento a largo plazo: papel de la EPA y el modelo de cuidado.**

El seguimiento a largo plazo del perfil del rol avanzado y del modelo de cuidado son también aspectos importantes del rol de la EPA, ya que la unidad de hospitalización es un entorno en constante evolución y el rol de la EPA debe evolucionar para satisfacer las necesidades cambiantes de dichos pacientes (Bryant-Lukosius & DiCenso 2004). En este sentido, sería recomendable que en un futuro se evaluara de manera iterativa el proceso de desarrollo, implementación y evaluación del nuevo modelo de cuidado.

### **Conclusiones.**

La implementación del rol avanzado en enfermería en la práctica ha sido una experiencia muy positiva que me ha dado la posibilidad de desarrollar cada una de las competencias del rol avanzado en la práctica. También he podido desarrollar e implementar un plan de mejora que se prevé evaluar próximamente. Para ello, he contando con el apoyo y la participación activa de los pacientes, los familiares, el equipo de enfermería así como el equipo médico, todos ellos imprescindibles para garantizar el compromiso y apoyo en el proyecto de mejora previsto.

De este modo, se ayudará a percibir los beneficios de la incorporación del rol avanzado y a favorecer su implantación en la realidad española de la disciplina enfermera. Una realidad, en la que los cuidados son cada vez más complejos y en la que se presta una especial atención a criterios como la calidad o la eficiencia, la práctica avanzada en enfermería puede ser la piedra angular sobre la que construir el futuro de la enfermería española.



## Referencias.

Bryant-Lukosius D. & DiCenso A. (2004) A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing* 48(5), 530-540.

Carpenito L.J. (2003) *Diagnósticos de enfermería: aplicación a la práctica clínica*. 9ª ed., 4ª ed. en español. ed. Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

Cebeci F. & Celik S.S. (2008) Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing* 17(3), 412-20.

Chaboyer W. & Elliott D. (2007) Care across the continuum. In Elliott D., Aitken L. & Chaboyer W. *ACCCN's Critical Care Nursing*. Australia, Mosby Elsevier, pp. 71-85.

Chick N. & Meleis A.I. (1986) Transitions: A nursing concern. In Chinn P.L. *Nursing research methodology*. Boulder, CO, Aspen Publication, pp. 237-257.

Cooke L, Gemmill R. & Grant M. (2008) Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention. *Clinical Nurse Specialist* 22(5), 218-225.

Dunkley M., Ellard D., Quinn T. & Barlow J. (2007) Recovery after coronary artery bypass grafting: patients' and health professionals' views of the hospital experience. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6(3), 200-207.

Fernandez R., Griffiths R., Everett B., Davidson P., Salamonson Y. & Andrew S. (2007). Effectiveness of brief structured interventions on risk factor modification for patients with coronary heart disease: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 5(4), 370-405.

Forbes ML. & Brown HN. (1995) Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal* 61(4), 737-743.

Fredericks S, Beanlands H., Spalding K. & Da Silva M. (2010) Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9(1), 30-37.

Hamric A.B., Spross J.A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. Elsevier Saunders, St. Louis.

Johansson K., Salanterä S., Heikkinen K., Kuusisto A., Virtanen H. & Leino-Kilpi H. (2004) Surgical patient education: assessing the interventions and exploring the outcomes from experimental and quasiexperimental studies from 1990 to 2003. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8(2), 81-92.

Johnson A., Sanford J. & Tyndall J. (2008) *Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas*. Obtenido de <http://www.update-software.com>.

Joint Commission International. Assessment of Patients (2007) In: Joint Commission International. Accreditation standards for hospitals. Illinois: Joint Commission Resources. p.80.

Krannich J.H., Weyers P., Lueger S., Schimmer C., Faller H. & Elert O. (2008) The effectiveness of a motivation programme for lifestyle change in the course of aortocoronary bypass graft surgery. *Clinical Rehabilitation* 22(1), 3-13.

Lin H.H., Tsai Y.F., Lin P.J. & Tsay P.K. (2009) Effects of a therapeutic lifestyle-change programme on cardiac risk factors after coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing* 19, 60-68.

Lopez V., Sek Ying C., Poon C.Y. & Wai Y. (2007) Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. *Nursing Studies* 44(8), 1304-15.

Munro N. & Taylor-Panek S. (2007) The Nurse Practitioner Role: The communication link for cardiac surgery patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 19(4), 385-394.

OMS: Organización Mundial de la Salud (2008). On line version. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/).

OMS: Organización Mundial de la Salud (2009) On line version. <http://www.who.int/es/>.

Richards S. & Coast J. (2003) Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 8(3), 171-179.

Sabaté E. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud OMS; 2004. Obtenido en Febrero de 2009, desde <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.

Shepperd S., Parkes J., McClaren J. & Phillips C. (2004) Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane database of systematic reviews* issue 1, CD000313.

Stern C. & Lockwood C. (2005) Knowledge retention from preoperative patient information. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 3(3), 45-63.

Schumacher K.L. & Meleis A.I. (1994) Transitions: a central concept in nursing. *Image-The Journal of Nursing Scholarship* 26(2), 119-127.

Theobald K. & McMurray A. (2004) Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing* 47(5), 483-491.

Tranmer J.E. & Parry M.J. (2004) Enhancing postoperative recovery of cardiac surgery patients: a randomized clinical trial of an advanced practice nursing intervention. *Western Journal of Nursing Research* 26(5), 515-532.

Wright L.M. & Leahey M. (2009). How to do a 15-minute family interview. *In Nurses and families. A guide to family assessment and intervention* (Wright L.M. & Leahey M., eds), Davis Company, Philadelphia: F.A, pp. 245-259.

Wright S.G. (2003) *Changing nursing practice* (2nd ed ed.). Arnold, London.

## CONCLUSIONES

En estas jornadas, que han contado con la asistencia de más de cien profesionales y estudiantes, los participantes han profundizado, durante dos días, en el Rol Avanzado y la Práctica Avanzada en Enfermería; conociendo las experiencias de implantación en otros países, el impacto en la profesión, los diferentes perfiles enfermeros de nuestro entorno, y cómo esta formación genera un ambiente de interacción y diálogo. Asimismo, los especialistas señalaron como característica del Rol Avanzado que capacita al profesional para desempeñar funciones de asesor, colaborar y trabajar con equipos multidisciplinares, así como ejercer un liderazgo transformacional en los sistemas de salud a través de la aplicación de los resultados de su investigación.

Estas jornadas no hubieran podido tener lugar sin el conocimiento y experiencia que el desarrollo que el programa de Máster de la Facultad de Enfermería en colaboración con la Clínica Universidad de Navarra y el trabajo con los expertos internacionales han aportado. Los ponentes que han participado han mostrado gran conocimiento y entendimiento sobre el concepto del Rol Avanzado de Enfermería, su aplicación práctica y la evaluación de su impacto. En este sentido, Dorothy Jones, experta internacional del Massachusetts General Hospital (EEUU), abrió las jornadas presentando y explicando el concepto de Práctica Avanzada en Enfermería y las clausuró con una ponencia sobre el impacto de este nuevo rol en Enfermería. Por su parte, la profesora Vivian Donahue, enfermera de práctica avanzada en Cardiología del Massachusetts General Hospital (EEUU) subrayó que la experiencia de esta formación en su centro, donde se aplica desde los años 80, ha sido tremendamente positiva: "Contamos con 60 enfermeras clínicas especializadas que siguen un programa de desarrollo continuo, de uso de nuevas herramientas, con foros de trabajo, etc.". Además, explicó la experta, "las profesionales se forman para recoger datos sobre úlceras de presión, caídas, etc., y proponen mejoras que se aplican en el centro". Además, Linda J. Kelly, enfermera de Rol Avanzado en el Reino Unido, presentó un ejemplo de implantación e impacto de rol avanzado en una unidad de colocación de catéter venoso central. En las jornadas intervinieron también profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, como la Dra. Mari

Carmen Portillo, que trató sobre el modo de promover la colaboración entre enfermeras asistenciales, supervisoras y las propias enfermeras de Rol Avanzado en la práctica, y las diferencias existentes entre estos perfiles. La Dra. Cristina Oroviogoicochea, por su parte, expuso en una de las mesas redondas el concepto de práctica clínica directa como atributo central del Rol Avanzado en Enfermería; la Dra. María Jesús Pumar, que destacó la importancia de definir qué es el liderazgo y qué se entiende por colaboración científica; la Dra. Olga López de Dicastillo, quien se centró en el modo de traducir la evidencia científica y aproximarla a la práctica; la Dra. Cristina G. Vivar presentó la evolución y características del programa de Máster en Investigación y Rol avanzado de la Facultad y, por último, Mónica Vázquez, quien detalló su experiencia personal en el desarrollo de este nuevo rol enfermero.

No cabe duda de que estas primeras Jornadas sobre Rol Avanzado han tenido un buen recibimiento por parte de los profesionales de Enfermería del ámbito clínico, tanto gestores de enfermería como enfermeras asistenciales, así como del ámbito docente. La iniciativa de implicar a estudiantes de 3º de la Diplomatura de Enfermería en las Jornadas ha sido ambiciosa pero orientada principalmente a sembrar el futuro y el avance de la profesión, mostrando la gran variedad de perfiles de enfermería que pueden desarrollar. Además, se ha mostrado cómo los resultados de la investigación pueden aplicarse en la práctica. De este modo, estos futuros profesionales de enfermería podrán conocer las opciones que tienen e impulsar el futuro de nuestra profesión.

Es evidente que estas Jornadas son el punto de partida de futuros foros de discusión no sólo entre profesionales docentes del ámbito de Enfermería sino también con enfermeras asistenciales y supervisoras. Se prevé desarrollar futuras jornadas sobre rol avanzado, para profundizar sobre esta temática y tratar de implantar este nuevo perfil enfermero en la práctica clínica de Enfermería. Sería también importante incorporar en futuras jornadas la visión que otros miembros del equipo multidisciplinar tienen sobre el Rol Avanzado de Enfermería y su impacto.

A continuación se sintetizan los puntos más relevantes presentados en las diferentes ponencias.

- El desarrollo de cursos de posgrado en nuestro contexto fomenta el desarrollo del conocimiento e investigación para también definir nuevos perfiles profesionales que promuevan el avance de la profesión.
- Los valores añadidos de la práctica avanzada en Enfermería son la esencia de su propia práctica, la pericia adquirida en la experiencia práctica y sus conocimientos, así como el juicio clínico y la toma de decisiones avanzados.
- La práctica clínica es una competencia central del Rol Avanzado en Enfermería que se relaciona estrechamente con el resto de competencias, informándolas y aportando información sobre los pacientes y familias (a través de la relación directa con ellos), sobre los problemas prácticos y las propuestas de mejora, y la evidencia del impacto del rol.
- Basar la práctica en la evidencia es esencial para poder desarrollar e implantar el Rol Avanzado en Enfermería. Una enfermera de Rol Avanzado tiene que poder identificar problemas en la práctica y vacíos en el conocimiento en relación a esos problemas. Además, debe plantear preguntas y estrategias que se puedan satisfacer con la evidencia disponible.
- Si diseminamos la evidencia entre los profesionales de nuestra disciplina y otras disciplinas, desarrollaremos un conocimiento científico común. A este respecto, docentes y personal asistencial deben cooperar para acceder a la evidencia y acercarla a la práctica.
- En el ámbito de la Práctica Avanzada en Enfermería, la colaboración ha de ser entendida como un proceso flexible, interpersonal, comprometido y conducente a la conquista de objetivos tanto organizacionales como personales.
- La colaboración efectiva, entre otras características, implica la capacidad de influir en el comportamiento de grupos de personas y, por tanto, la capacidad de liderazgo. Las enfermeras de Rol Avanzado, que en su práctica dia-

ria deban fomentar la colaboración efectiva entre sus colaboradores, necesitan desarrollar habilidades de liderazgo de grupos.

- La literatura señala cinco habilidades asociadas al ejercicio de un liderazgo exitoso como especialmente relevantes para las enfermeras con Rol Avanzado: visión, capacidad reflexiva, competencia interpersonal, mento-razgo, *Boundary Management*.

- Todos los profesionales de Enfermería, independientemente del nivel en el que trabajen, tienen el mismo objetivo: el cuidado. Los diferentes niveles de práctica no constituyen un ranking sino diferentes ámbitos del cuidado que muestran los niveles de conocimiento, responsabilidad y autonomía.

- Los factores que facilitan la integración y desarrollo del Rol Avanzado de Enfermería son: la explicación inicial del rol, las relaciones interprofesionales efectivas incluyendo también otras disciplinas, las redes de apoyo y la evidencia del desarrollo profesional.

- Los beneficios de la Práctica Avanzada en Enfermería serían inexistentes si no se establece de antemano una buena colaboración y comunicación con otros profesionales de Enfermería y con otras disciplinas. Para ello es esencial definir y evaluar bien el papel de las EPAs.

- La colocación de un catéter venoso central (CVC) es compleja y requiere de una preparación específica por parte de los profesionales responsables, lo que conlleva en ocasiones largas listas de espera que retrasan la administración de los tratamientos a los pacientes. Ante esta situación, se plantea la necesidad de desarrollar una unidad donde una enfermera de Rol Avanzado "nurse-led service" desarrolle iniciativas para mejorar la calidad de la atención a estos pacientes y forme a otros profesionales en esta técnica.

- La implantación de una nueva unidad de colocación de catéter venoso central, liderada por una enfermera de Rol Avanzado, conlleva implicaciones importantes tanto para los profesionales de salud como para los servicios sanitarios. Entre los beneficios resultantes, cabe señalar (1) el aumento de la satisfacción laboral que conlleva paralelamente la permanencia en



su puesto de trabajo de los profesionales cualificados; (2) la reducción de las listas de espera; y (3) la disminución del ratio de complicaciones por la colocación de un CVC.

- El Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería pretende que los estudiantes se formen, tanto en el conocimiento del nuevo entorno sanitario, como en el desarrollo de nuevas competencias de Rol Avanzado para poder responder a los nuevos retos del sistema de salud y contribuir así al desarrollo de la disciplina y la profesión Enfermera.

- El programa de Máster en Enfermería contribuye a promocionar una actitud crítica para el aprendizaje y un enfoque innovador y de desarrollo para la práctica basado en un conocimiento especialista y habilidades para la investigación.

- La posesión del grado de Máster en Enfermería promueve oportunidades promocionales, mejora la práctica clínica, genera un sentimiento de satisfacción personal y logro relacionado con la adquisición de habilidades académicas, y contribuye al crecimiento personal, al desarrollar un poder de razonamiento avanzado.

- Los graduados con un nivel de máster adquieren atributos o competencias que se agrupan en cuatro áreas: competencias cognitivas (análisis crítico, síntesis de conocimiento y solución de problemas), competencias relacionadas con la práctica (aplicación del conocimiento experto en situaciones concretas de la práctica de enfermería), orientación para la investigación (analizar, interpretar y aplicar los resultados de investigación para guiar la práctica) y dinamismo personal (confianza para la práctica y asertividad).

- Estas competencias permitirán mejorar la práctica a través de la investigación, crear nuevo conocimiento de Enfermería y mejorar e innovar los cuidados y los servicios de salud más allá de los límites de la práctica tradicional.

- La formación de máster fomenta el aprendizaje del alumno para desarrollar las competencias del Rol Avanzado en Enfermería en la práctica.

- La utilización de un modelo conceptual de Enfermería, como el modelo PEPPA, proporciona un enfoque sistémico y basado en la evidencia para el desarrollo del rol avanzado en base a las necesidades de los pacientes, guía el desarrollo de una práctica avanzada centrada en el cuidado del paciente de una manera holística, promueve el uso de los conocimientos, las habilidades y la *expertise* en cada una de las competencias de la Enfermera de Práctica Avanzada, crea un entorno profesional óptimo para el desarrollo del Rol Avanzado y permite la evaluación continua y rigurosa del Rol Avanzado en base a los resultados obtenidos con el nuevo plan de cuidado.
- La formación de máster mediante prácticas externas en la Clínica Universidad de Navarra, ha permitido implementar y evaluar una intervención de Enfermería para la educación para la salud en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca.



Organismos financiadores de las Jornadas.



**Gobierno  
de Navarra**

Departamento de Salud



**MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN**



**Universidad  
de Navarra**





No quiero adelantarme a lo que se hablará aquí durante estos dos días pero si que me gustaría señalar algunos aspectos por lo que pienso que es relevante hablar hoy de nuevos perfiles profesionales.

En primer lugar, es evidente para todos la complejidad y la riqueza de nuestra práctica profesional. Hoy no solo es necesario un conocimiento cabal del objeto de nuestra disciplina: el cuidado a la persona, sino que además, es importante que existan profesionales preparados para influir positivamente en los contextos de la práctica, de forma que los criterios que dirijan y muevan las instituciones no obstaculicen, sino todo lo contrario, promuevan un cuidado acorde a la dignidad de las personas. Para ello es necesario aportar evidencias, resultados que demuestren la importancia y la efectividad de las intervenciones enfermeras.

Por otra parte, los avances científicos y los cambios sociales, entre otros, están propiciando la aparición de nuevas situaciones que demandan solución y que nos hacen cuestionarnos aspectos de la práctica actual. Hay que descubrir estos nuevos retos y abordarlos. Un ejemplo es el del aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población. La atención de personas mayores dependientes y el rol de la familia en esa atención es un área importante a explorar. ¿Cómo está afectando a estas familias la presencia de una persona dependiente? ¿qué necesidades surgen? ¿qué tipo de intervenciones son las más adecuadas?

Estamos hablando de la necesidad de profesionales preparados para responder a nuevas situaciones, para cuestionarse la práctica actual, para mejorarla a través de la investigación, para crear nuevo conocimiento de enfermería, y mejorar e innovar los cuidados y los servicios de salud más allá de los límites de la práctica tradicional. Se trataría por tanto de profesionales que actúen como agentes de cambio ayudando a mejorar no solo el cuidado de sus pacientes sino también la práctica del lugar en el que están, impulsando a los profesionales de enfermería con los que trabajan.

La Facultad de Enfermería y la Clínica de la Universidad de Navarra, han apostado por la formación de este tipo de perfil de enfermería avanzado y su consiguiente implantación en el ámbito práctico. Podemos decir que estamos ante un reto importante en nuestro país ya que no existen todavía programas de estas características ni en el ámbito académico ni en el de la práctica. La iniciativa comenzó, con la puesta en marcha del programa oficial del Master en Ciencias de la Enfermería, hace tres años. Actualmente denominado: Máster en Investigación y Rol Avanzado. Ya se han formado dos promociones con este perfil. Ahora se trata de abrir vías en la práctica para estos nuevos profesionales, demostrando los beneficios y el impacto de los mismos en el cuidado.

Entendemos que este es un camino adecuado para el desarrollo de la, tan necesaria, carrera profesional. Sabiendo que será un beneficio no solo para los profesionales individuales sino para toda la profesión. No todos tendrán que adquirir el nivel de una práctica avanzada, pero indudablemente los que los ejerzan serán incentivadores de una buena práctica allí donde estén.

Es conveniente dirigir la mirada hacia aquellos países y contextos donde la práctica avanzada es ya una realidad y aprender de ellos. En estas jornadas, contamos con la experiencia del Massachusset General Hospital, uno de los hospitales más prestigiosos de USA, donde desde hace más de 20 años están desarrollando el rol avanzado. Quería agradecer la ayuda y el apoyo incondicional que la Dra Dorothy Jones, responsable de la unidad de investigación de enfermería de ese hospital, ha proporcionado a la Escuela, desde el primer momento, para la creación y la puesta en marcha del master y la implantación del rol avanzado en el Clínica.

También a las enfermeras del MGH que colaboran con nuestro programa, de las cuales una de ellas Vivian Donahue participará en estas Jornadas. Además contamos con la presencia de Linda Kelly, enfermera de rol avanzado de la Universidad de Glasgow, que también compartirá con nosotros su experiencia en la implantación del rol avanzado.

No quería terminar estas palabras sin agradecer al comité científico y organizador de estas jornadas su dedicación y buen hacer en la preparación de este evento.

Por último desearles que estas jornadas colmen sus expectativas.

Muchas gracias

D<sup>a</sup>. Mercedes Pérez Díez del Corral

Presidenta de las Jornadas y Decana de la Facultad de Enfermería